

Formulário de Candidatura

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo

Doc. Ident. Civil n.º Validade - -

Contribuinte n.º Data de Nascimento - -

Morada

Cód. Postal -

Telefone Telemóvel

E-mail

(Para notificações no âmbito do presente processo de reserva de recrutamento)

Estado Civil Nacionalidade

Naturalidade

Distrito Concelho Freguesia

Filiação

Pai

Mãe

Grau de incapacidade atribuída por alguma autoridade de saúde? ☐ Sim ☐ Não

Tipo de incapacidade Grau de incapacidade %

FORMAÇÃO ACADÉMICA

Classificação do Curso de Licenciatura ou Equivalente Legal Valores

Curso de Mestrado Área

Curso de Doutoramento Área

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

N.º de Membro da Ordem dos Enfermeiros

Sem Experiência Profissional

☐

Experiência Profissional na Unidade Local de Saúde da Guarda

☐

< a 1 ano

☐

≥ a 1 ano e < a 3 anos

☐

≥ a 3 anos e < a 5 anos

☐

≥ a 5 anos

Experiência Profissional noutras Unidades do SNS

☐

< a 1 ano

☐

≥ a 1 ano e < a 3 anos

☐

≥ a 3 anos e < a 5 anos

☐

≥ a 5 anos

Experiência Profissional noutras Unidades fora do SNS

☐

< a 1 ano

☐

≥ a 1 ano e < a 3 anos

☐

≥ a 3 anos e < a 5 anos

☐

≥ a 5 anos

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

FORMAÇÕES RELEVANTES

A – Curso de Pós-licenciatura de Especialização em enfermagem

1

B – Curso de Pós-graduação na área da Saúde

2

C – Curso de Pós-graduação

3

FREQUÊNCIA DE CURSOS E AÇÕES DE FORMAÇÃO

A – De 14 a 21 horas

1

2

3

B – De 22 a 60 horas

1	
2	

C – Superior a 60 horas

1	
---	--

PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

<input type="checkbox"/> < a 5 ações	<input type="checkbox"/> ≥ a 5 ações e < a 10 ações	<input type="checkbox"/> ≥ a 10 ações
--------------------------------------	---	---------------------------------------

PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES DE CARÁCTER CIENTÍFICO

A – Autor/Co-autor de publicações de artigos em Revistas Científicas/Livros

1	
2	

B – Autor de Comunicações Orais em Reuniões Científicas

1	
2	

C – Autor de Pósteres em Reuniões Científicas

1	
2	

PARTICIPAÇÃO EM ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS CIENTÍFICOS

1	
2	

EXPERIÊNCIA COMO FORMADOR (total de horas de formação)

☐

< a 10 horas

☐

≥ a 10 horas e < a 30 horas

☐

≥ a 30 horas

RESPONSÁVEL PELA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

☐

Sim

☐

Não

PARTICIPAÇÃO EM COMISSÕES/ GRUPOS DE TRABALHO, SUJEITOS A NOMEAÇÃO

1

2

ORIENTAÇÃO DE ALUNOS EM ENSINOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM

☐

Sim

☐

Não

OUTRAS ATIVIDADES DE INTERESSE PARA VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

1

2

3

DECLARAÇÕES:

☐

Declaro sob compromisso de honra que todas as informações fornecidas são verdadeiras, comprometendo-me a anexar todos os documentos que fazem prova das mesmas.

☐

Declaro ter conhecimento de que a prestação de falsas informações, implica a minha exclusão do concurso.

☐

Declaro ter conhecimento de que a não apresentação de documentos comprovativos das informações fornecidas implica que as mesmas não sejam consideradas para efeitos de classificação.

☐ Declaro ter conhecimento que as notificações no âmbito do presente processo de reserva de recrutamento serão enviadas para o email por mim indicado nos dados pessoais do formulário de candidatura.

☐ Declaro ter lido o aviso de abertura da presente reserva de recrutamento, pelo que conheço exatamente o modo como devo proceder para concretizar a minha candidatura.

Data - -

Assinatura: _____
(Conforme BI/CC)