

1. Identificação

Nome: _____

B.I. / C.C. N.º: _____ Data de Emissão: __/__/____ Data de Validade: __/__/____

Data de Nascimento: __/__/____ Nacionalidade: _____

Número de Identificação Fiscal: _____ Naturalidade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

2. Habilitações Académicas

3. Situação Profissional

- Empregado Entidade Empregadora: _____
- Desempregado
- DLD > 12 meses
 - Desempregado > 12 meses
 - Desempregado à procura do primeiro emprego
- Reformado/a por EM
- Tipo de reforma _____
- Outro _____

4. Relação com a Esclerose Múltipla (resposta opcional)

- Portador
- Familiar
- Cuidador
- Outro

No caso de ser portador de Esclerose Múltipla (EM), indique (resposta opcional):

Data do diagnóstico: ___/___/_____

Teve algum surto nos últimos dois anos?

- Sim
- Não

Tipo de EM: _____

Tipo de locomoção:

- Autónoma
- Dependente
 - Ajuda técnica utilizada: _____

Dificuldades auditivas e visuais:

- Sim
- Não

As pessoas costumam entendê-lo com facilidade?

- Sim
- Não

5. Outras informações relevantes

- Preferência pelos horários: _____
- Limitações que acham que podem ter derivadas da eM para o bom desempenho

Documentos a Anexar:

- Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão
- Cópia do Cartão de Contribuinte ou Cartão de Cidadão
- Cópia do Certificado de Habilitações
- Curriculum Vitae
- Cópia de **comprovativo de situação face ao emprego:**
 - Empregados – Cópia de recibo de vencimento ou declaração da entidade empregadora
 - Desempregados – Declaração do IEFP
 - Documento comprovativo de reforma