



FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO

| AÇÃO | LABORAL | PÓS-LABORAL |
|---|---------|-------------|
| <i>Aplicação Produtos Fitofarmacêuticos</i> | | |

Nome completo _____

Morada _____

Cód. Postal _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Nacionalidade _____ Naturalidade _____ Data Nascimento _____

B./C.C. nº _____ Validade _____ Contribuinte nº _____

Habilitações Académicas _____

Cursos Frequentados _____

Situação Profissional _____

Sócio da COPOMBAL Sim Não

Data _____

Assinatura _____

***Esta entidade formadora garante e estrita confidencialidade no tratamento dos seus dados. A informação por si disponibilizada não será partilhada com terceiros e será utilizada apenas para os fins directamente relacionados com o curso em que se inscreve. Caso autorizo que os seus dados pessoais sejam facultados a DGERT, entidade acreditadora de entidades formadoras, para vir a ser auscultado sobre a qualidade da formação que irá frequentar, assinale um "X".**