Projeto	**Ordem dos Enfermeiros - Auditorias da Qualidade**
Curso	**Auditorias da Qualidade em Serviços de Saúde**
N.º	1 **Ação n.º** 1

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

1. Identificação

Nome (*): _____

Data de Nascimento (*) ___/___/___ Naturalidade (Concelho) (*) _____

Idade _____ Nacionalidade _____

Contribuinte N.º (*) _____ Habilitações Literárias (*) _____

N.º de Identificação Civil (*) _____ / ___ Data Validade (*): ___/___/___

Morada: _____

Localidade: _____ Cód. Postal _____ Telefone _____

Telemóvel _____ E-Mail _____

2. Situação Profissional

Instituição _____ Morada _____

Cód. Postal _____ Setor de Actividade _____

Telefone _____ Fax _____

Serviço _____ Categoria Profissional _____

Vinculo à Instituição _____

3. Qual a experiência profissional que já desenvolveu na área desta ação de formação que irá frequentar?

Nenhuma ☐ Entre 1 e 2 anos ☐ Entre 5 e 10 anos ☐

Menos de um ano ☐ Entre 2 e 5 anos ☐ Mais de 10 anos ☐

5. Considera que a frequência desta ação de formação irá contribuir para um melhor desempenho das suas funções? Porquê?

_____

_____

_____

_____

4. Informação do Serviço

Dispensa de Serviço

Sim ☐

Não ☐

O/A Chefe/Responsável do Serviço

_____

(assinatura e selo branco da Instituição/carimbo do serviço)

(*) Campos de preenchimendo obrigatório para a emissão de certificados.

A **Sinase** garante a estrita confidencialidade no tratamento dos seus dados. A informação por si disponibilizada não será partilhada com terceiros e será utilizada apenas e exclusivamente para os fins diretamente relacionados com o curso em que se inscreve, de acordo com o Artigo 27º da lei 67/89, de 26 de Outubro.

Caso autorize que os seus dados pessoais sejam facultados à DGERT, entidade Certificadora de entidades formadoras, para vir a ser auscultado sobre a qualidade da formação que irá frequentar / frequentou, assinale com um "x". ☐