

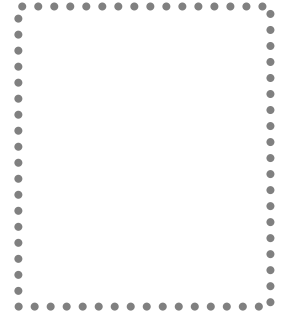


## Misericórdia da Póvoa de Santo Adrião

Concelho de Odivelas

### FICHA DE INSCRIÇÃO

**CENTRO DE DIA**



A Técnica  
Administrativa:  
\_\_\_\_\_  
\_ / \_ / \_

#### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A:

Nome: \_\_\_\_\_

Nome porque gosta de ser tratado/a: \_\_\_\_\_

Sexo: M  / F  Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Identificação do/a cônjuge: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contactos Telefónicos: \_\_\_\_\_

Profissão enquanto activo: \_\_\_\_\_

B.I. / C. C. Nº: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

Cartão de Utente Nº: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Médico de Família: \_\_\_\_\_ Irmão da SCMPSA Nº: \_\_\_\_\_

Assinatura ou Impressão Digital do/a Candidato/a (em caso de iletrado/a):  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## Misericórdia da Póvoa de Santo Adrião

Concelho de Odivelas

### 2. IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:

*Pessoas com as quais coabita:*

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Profissão	Rendimento Mensal
					€
					€
					€
					€

*Familiares mais próximos com os quais não coabita:*

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Profissão	Rendimento Mensal
					€
					€
					€
					€

*Identificação da Pessoa Responsável pelo/a Candidato/a:*

<b>Nome Completo:</b> _____	<b>Parentesco:</b> _____
<b>Morada:</b> _____ _____	<b>Contactos telefónicos:</b> _____ _____
<b>Assinatura legível:</b> _____	



### 3. DEPENDÊNCIA DO/A CANDIDATO/A:

Grau de Dependência Global do/a Candidato/a	
Autónomo, não necessita de apoio	<input type="checkbox"/>
Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana	<input type="checkbox"/>
Necessita de apoio na higiene pessoal	<input type="checkbox"/>
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas	<input type="checkbox"/>

### 4. PORTADOR/A DE DEFICIÊNCIA:

Tipo de Deficiência	
Mental	<input type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>
Motora	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>
Observações:	

### 5. SERVIÇO(S) SOLICITADO(S):

Centro de Dia	
Confecção e Fornecimento de Refeição (almoço e/ou lanche)	<input type="checkbox"/>
Cuidados de Higiene Básicos	<input type="checkbox"/>
Actividades de Animação Sociocultural	<input type="checkbox"/>
Tratamento de Roupa (serviço excepcional)	<input type="checkbox"/>
Motivo de Candidatura:	