



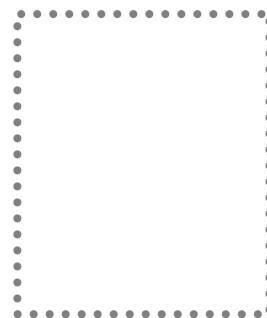
Misericórdia da Póvoa de Santo Adrião

Concelho de Odivelas

FICHA DE INSCRIÇÃO

LAR DE IDOSOS

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: ____/____/____



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:

Nome Completo: _____	Parentesco: _____
Morada: _____ _____	Contactos telefónicos: _____ _____
Assinatura legível: _____	



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. ENQUADRAMENTO DA CANDIDATURA:

Motivo de Candidatura:
