

## FICHA DE DADOS DO COLABORADOR

N.º Mecanográfico \_\_\_\_\_

CIT n.º \_\_\_\_\_

### DADOS PESSOAIS

**NOME** \_\_\_\_\_

#### CONTACTOS:

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

- Cartão de Cidadão  
 Bilhete de Identidade  
 Título de Residência

N.º \_\_\_\_\_

Válido até \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

N.º Segurança Social \_\_\_\_\_

N.º Utente de Saúde \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NATURALIDADE (freguesia)** \_\_\_\_\_

#### FILIAÇÃO:

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL** \_\_\_\_\_

**N.º DEPENDENTES** \_\_\_\_\_

### INSCRIÇÕES

N.º da Caixa Geral de Aposentações \_\_\_\_\_

N.º da ADSE \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

## HABILITAÇÕES

Nível de escolaridade:  9.º Ano ou equivalente  Licenciatura  
 12.º Ano  Mestrado  
 Bacharelato  Doutoramento

Curso: \_\_\_\_\_

Data da obtenção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição de Ensino \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_

Data da obtenção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição de Ensino \_\_\_\_\_

Cédula Profissional N.º \_\_\_\_\_ Ordem dos \_\_\_\_\_

Sindicalizado:  Sim (N.º \_\_\_\_\_)  Não

### MODALIDADE DE ADMISSÃO:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contrato Individual de trabalho Sem Termo       | <input type="checkbox"/> Mobilidade (Requisição, Destacamento) |
| <input type="checkbox"/> Contrato Individual de trabalho a Termo Certo   | <input type="checkbox"/> Acordo de cedência                    |
| <input type="checkbox"/> Contrato Individual de trabalho a Termo Incerto | <input type="checkbox"/> Estágio Profissional                  |
| <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços                           | <input type="checkbox"/> Outra _____                           |

### DESPACHO QUE AUTORIZOU A ADMISSÃO:

ID CHMT, E.P.E. n.º \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pedido n.º \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de início de funções: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Departamento/Serviço: \_\_\_\_\_

Unidade Hospitalar: Abrantes  Tomar  Torres Novas

Categoria: \_\_\_\_\_

Remuneração: \_\_\_\_\_