**1. Identificação do/a Formando/a\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome\*** | |
| **Endereço\*** |  |
| **C. Postal\*** | **Localidade** |
| **Data de Nascimento\*** | **NIF\*** |
| **Nacionalidade\*** | **País do Origem\*** |
| **Naturalidade** (Concelho)**\*** | **Naturalidade** (Freguesia)**\*** |
| **E-Mail** | **Telefone** |
| **Documento de Identificação\*** BI CC Passaporte Título de Residência Outro, qual? | |
| **Nº do documento\*** | **Data Validade\*** |
| **Obs:** Informação complementar ao Passaporte **Nº visto\***       **Data Validade\*** | |

**2. Habilitações Académica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| < 9º ano de escolaridade | 12º ano completo | Doutoramento | Outro. Qual? |
| 9º ano completo | Licenciatura | Mestrado |

**3. Situação profissional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trabalhador por Conta de Outrém Trabalhador por Conta Própria | Empresário | | |
| Nome da Empresa | Nº cliente SCP POOL | |
| Cargo/Função\* | | Setor Atividade\* |

**4. Dados para faturação***(se diferente dos dados do formando)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome Completo Empresa | NIF | |
| Endereço | | C. Postal |
| Nome Responsável Formação da Empresa (quando aplicável) | | |

**5. Curso e datas em que se inscreve**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CURSOS** | **DATAS** | |
| Aparelhos de Sal e Doseamento | 19-09-2019 | 31-10-2019 |
| Climatização de Piscinas | 17-09-2019 | 03-10-2019 |
| Vender Wellness | 26-09-2019 | 23-10-2019 |
| Instalação de Coberturas Automáticas | 21-11-2019 |  |
| Sistema de Hidromassagem: dimensionamento e instalação | 08-10-2019 | 07-11-2019 |
| Aplicação de Tela Armada | 13 e 14 -11-2019 | |
| Instalações Elétricas: Boas Práticas | 17-10-2019 | 28-11-2019 |
| Instalação de Piscinas em Bloco Solidbric | 19-11-2019 |  |
| Robôs: manutenção e reparação | 24-10-2019 | 05-11-2019 |
| Tratamento Químico de Água de Piscina | 29-10-2019 | 12-11-2019 |
| Técnicas de Vendas | 24-09-2019 | 15-10-2019 |
| Gestão do Tempo | 01-10-2019 | 26-11-2019 |
| Marketing | 12-09-2019 |  |

|  |
| --- |
| **Declaro que li e tomei conhecimento das condições gerais de funcionamento da formação expressas no Regulamento da Formação da Academia SCP.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assinatura:** | **Data:** |