

NÍVEL HABILITACIONAL**Assinale o quadrado apropriado:**Menos de 4 anos de
escolaridade4 anos de escolaridade (1.º
ciclo do ensino básico)6 anos de escolaridade (2.º
ciclo do ensino básico)9.º ano (3.º ciclo do ensino
básico)

11.º ano

12.º ano (ensino secundário)

Curso
tecnológico/profissional/
outros (nível IV)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Bacharelato

Licenciatura

Pós-graduação

Mestrado

Doutoramento

Curso de especialização
tecnológica

Habilitação ignorada

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Identifique o curso e/ou área de formação:

Indique cursos de pós-graduação, mestrado ou doutoramento:

SITUAÇÃO JURÍDICO/ FUNCIONAL DO TRABALHADOR**Titular de relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado?**Sim Não **Órgão ou Serviço onde exerce funções:**

Carreira e categoria detidas:

Atividades exercidas:

3.5 Avaliação de Desempenho (se aplicável):

Ano	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>
Ano	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>
Ano	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FUNÇÕES EXERCIDAS

Funções exercidas diretamente relacionadas com o posto de trabalho a que se candidata:

Funções	Data	
	Início	Fim

Outras funções e atividades exercidas:

NECESSIDADES ESPECIAIS

Caso lhe tenha sido reconhecido, legalmente, algum grau de incapacidade, indique se necessita de meios/condições especiais para a realização do método de seleção.

DECLARAÇÕES

Declaro que reúno os requisitos previstos no n.º 1 do artigo 17.º da LTFP, anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho na sua atual redação.

A submissão deste formulário implica os consentimentos infra e a aceitação dos nossos termos e condições no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais.

Os dados pessoais recolhidos destinam-se única e exclusivamente à finalidade da oferta constante do presente formulário e não serão cedidos a terceiros para além das obrigações legais.

Aceito que me seja enviado e-mail de resposta à presente submissão e declaro ter conhecimento da Política de Privacidade da CMN e dos direitos que me assistem enquanto titular dos dados pessoais recolhidos.

Declaro que são verdadeiras todas as informações prestadas no presente formulário.

Localidade: _____

Data: _____

Assinatura

Documentos que anexa à candidatura:

- Certificado de habilitações
- Declaração da entidade empregadora de origem
- Fotocópia do Cartão de Cidadão
- Currículo profissional
- Outros: _____