



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SURDOS

FORMAÇÃO EM LÍNGUA GESTUAL PORTUGUESA

FICHA DE INSCRIÇÃO

Ano letivo: 2019/2020

É SÓCIO/A DA A.P.S.? Não Sim N°

A Preencher pela secretaria.

MATRÍCULA.....

RENOVAÇÃO DE MATRÍCULA..

N° DE INSCRIÇÃO: _____

Preencher com letra bem legível

Disponibilidade (Indique a sua disponibilidade para participar no Curso de L.G.P.)

NÍVEL 2 - ELEMENTAR

2 ^{as} /4 ^{as} F.	Sábados
10h30/12h30	10h00/13h00
18h30/20h30	

Calendarização: 2^{as}/4^{as} - de 14 de outubro de 2019 a 17 de junho de 2020

Calendarização: sábados - de 21 de setembro de 2019 a 25 de julho de 2020

Identificação do(a) aluno(a)

N° Aluno(a): _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	Nome Completo:			
	Nacionalidade:			Data de Nascimento:
	N° de C.C.:	Validade:	Estado Civil:	NIF:
	Residência (fixa):			
	Localidade:	Código Postal:	-	Telef.:
	Email:			Telem:

Formação em LGP do(a) aluno(a) no(em) ano(s) anterior(es)

Nível	Promovido por	Local	Formador	N.º de horas	Nota	Ano
-------	---------------	-------	----------	--------------	------	-----

Teve conhecimento do Curso de L.G.P. através de

Associações de Surdos	Institutos	Familiares	Comunicação Social
-----------------------	------------	------------	--------------------

Outros:

Situação Profissional

Profissão:

Entidade Patronal:

VER VERSO S.F.F.

Situação Escolar

Se frequenta algum estabelecimento de ensino:

Estabelecimento:

Ano que frequenta: Área / Curso:

Se não frequenta nenhum estabelecimento de ensino:

Habilitações literárias / profissionais que possui:

Ano Letivo: /

Ano Letivo: /

Outras informações

Sou surdo? Não Sim Desde que idade? Grau:

Tenho familiar(es) surdo(s)? Sim Quais?

Sou professor de surdos? Sim Disciplina(s) Nível de ensino

Trabalho com surdos? Sim Onde?

Outro Especifique:

Diga, de um modo sucinto, as razões do seu interesse pela frequência do Curso e a utilização que pensa dar aos conhecimentos de Língua Gestual Portuguesa adquiridos no mesmo:

IMPORTANTE

A APS garante a confidencialidade no tratamento dos seus dados. A informação por si disponibilizada será utilizada apenas os fins diretamente relacionados com o Curso que frequenta. Qualquer divulgação de dados pessoais será sempre sujeita à sua aceitação.

Autorizo que os meus dados pessoais sejam fornecidos ao DGERT/Sistema de acreditação de entidades formadoras, para efeitos de uma eventual auscultação.

Tomei conhecimento e aceito as condições de frequência do Curso.

Declaro, sob compromisso de honra, serem verdadeiras as afirmações constantes deste boletim.

A Preencher pela secretaria.

Responsável: _____ Data: ____ / ____ / ____

