



# 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 4 - PRÉ-INTERMÉDIO

SÁBADOS  
10h00/13h00

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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

