PROPOSTA DE ASSOCIADOS EFECTIVOS

NÚMERO DE ASSOCIADO

(a preencher pelos serviços)

ASSOCIAÇÃO DO HOSPITAL DE CRIANÇAS MARIA PIA

UTILIZE ESFEROGRÁFICA • ESCREVA COM MAIÚSCULAS • ESCREVA SÓ NOS ESPAÇOS BRANCOS

RESIDÊNCIA

Nome

Morada, Rua, Andar ou Lugar

Código Postal - Localidade — Telefone Residência

Concelho — Freguesia — Telemóvel

Endereço de Email

DADOS CURRICULARES

Data de Nascimento — Bilhete de Identidade N.º — Data Emissão — Arquivo de Identificação

Estado Civil — Naturalidade — Profissão — Telefone Empresa

Habilitações Literárias

Nome e Endereço do Local de Trabalho

Concelho — Freguesia — Código Postal -

Observações, Anexar Foto tipo Passe

A Preencher pelos Serviços

Data de Entrada

Orgão da Direcção

Data da Reunião da Direcção

Data — Assinatura

Proponentes

Rua da Boavista, 863 – 4050-111 PORTO – Telefone: 222081050 – ahcmp@sapo.pt