

Curso Profissional: **TÉCNICO AUXILIAR DE SAÚDE**

Nível: **4**

Processo n.º: \_\_\_\_\_

**1. Identificação do Aluno**

Nome: _____		BI n.º: _____	
Natural de: _____, Concelho de: _____,		Nascido em: ___/___/___	
Filho de: _____ e de: _____			
Residente em: _____		Código Postal: _____	
Telefone: _____		Telemóvel: _____ e-mail: _____	
Idade: _____		NIF: _____ NIB _____	

**2. Identificação do Encarregado de Educação:**

Nome: _____	
Residente em: _____ Código Postal: _____	
Telefone: _____ Telemóvel: _____ e-mail: _____	

**3. Situação Escolar do Aluno no Ano Anterior:**

<input type="checkbox"/> Frequentou o ___º Ano, Turma ___, _____	<input type="checkbox"/> Com aproveitamento	<input type="checkbox"/> Sem aproveitamento
<input type="checkbox"/> Abandonou a escola no ano Lectivo ____/____		

**4. Plano de Estudos**

PERCURSO A FREQUENTAR		1.º ANO <input type="checkbox"/>	2.º ANO <input type="checkbox"/>	3.º ANO <input type="checkbox"/>
Componente de Formação	Disciplinas/Domínios	Carga Horária Anual	Carga Horária Anual	Carga Horária Anual
SOCIOCULTURAL	Língua Portuguesa	120	100	100
	Inglês	75	75	70
	Área de Integração	75	75	70
	Tecnologias da Informação e Comunicação	25	25	50
	Educação Física	50	50	40
CIENTÍFICA	Matemática	75	75	50
	Física e Química	50	50	50
	Biologia	50	50	50
TÉCNICA	Saúde	100	155	100
	Gestão e Organização dos Serviços e Cuidados de Saúde	75	50	75
	Comunicação e Relações Interpessoais	50	50	75
	Higiene, Segurança e Cuidados Gerais	150	150	150
	FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO	120	120	180

Deve juntar a este impresso, 2 fotografias, fotocópia do Bilhete de Identidade, fotocópia do Cartão de Contribuinte, fotocópia da carta da Segurança Social comprovativa do escalão do Abono de Família, fotocópia do Cartão de Utente, fotocópia de documento comprovativo do NIB.

Confirmando as declarações acima e declaro que concordo que o meu educando frequente o Curso.

O Encarregado de Educação

O DT / Chefe SA

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_