


IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome Completo*: _____

Morada*: _____

Localidade*: _____

Código Postal*: _____

Nacionalidade*: _____

Naturalidade*: _____

Telefone/Telemóvel: _____

Data Nascimento*: _____

E-mail: _____

NIF*: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Tipo de Documento*: _____

Número*: _____

Validade*: ____ / ____ / _____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS E SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Habilitações literárias*: _____

Situação profissional*: _____

*campos de preenchimento obrigatório

CURSOS DISPONÍVEIS

 Curso Básico de Socorrismo (€80)

 Curso Básico de Socorrismo Amigo AMI ou Voluntário (€40)

 Revalidação do Curso Básico de Socorrismo (40€) Nº do curso frequentado _____

 Revalidação Amigo AMI ou Voluntário (20€) Nº curso do frequentado _____
FORMAS DE PAGAMENTO (Apenas quando receber a confirmação da realização do curso)

 Numerário

 Cheque à ordem da Fundação AMI Nº _____ do banco _____ no valor de _____ €

 Transferência Bancária para o IBAN **PT500038.0001.19785957771.67**

 Multibanco: Pagamento de Serviços – Entidade 20909 – Referência 909 909 909
ATENÇÃO

Se após confirmação da data do curso, não comparecer sem avisar com antecedência mínima de 2 dias úteis, a inscrição será anulada e os 50% da sinalização entrarão na conta da Fundação AMI como donativo.

Os cursos poderão ser adiados ou suspensos caso não tenham número mínimo de formandos.

Preencher a ficha de inscrição, anexar uma fotografia (tipo passe) e enviar para:

Fundação AMI (**Gabinete de Socorrismo**) – R. das Pretas, 57 9000 - 049 Funchal

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura _____

A Fundação de Assistência Médica Internacional é a entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, os quais serão tratados de forma confidencial e utilizados, exclusivamente, no âmbito do curso de socorrismo ministrado pela Fundação podendo, neste âmbito ser transmitidos internamente, nomeadamente pelos vários departamentos da sede, pelos centros porta amiga, pelas delegações e núcleos da instituição, bem como a entidades terceiras, nomeadamente à DGERT e instituições de seguros.

A entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, utiliza serviço de e-mail marketing, bem como softwares de faturação e gestão, pelo que, os seus dados podem, ainda, ser armazenados fora dos servidores da Fundação de Assistência Médica Internacional, os quais estão localizados na União Europeia.

Nos termos da legislação aplicável, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, é garantido ao titular dos dados o direito de acesso, retificação, alteração, eliminação e portabilidade dos seus dados pessoais, mediante pedido escrito para a entidade responsável, remetido por correio registado ao cuidado do encarregado de proteção de dados para o Páteo Manuel Guerreiro – Rua José do Patrocínio, n.º 49, 1959-003 Lisboa ou por correio eletrónico dirigido a protecaodedados@ami.org.pt. O titular dos dados pode ainda, apresentar reclamação junto da CNPD, na qualidade de autoridade de controlo nacional.

É, ainda, garantido ao titular dos dados, no âmbito da legislação aplicável, o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, não comprometendo, essa retirada de consentimento, a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

A Fundação de Assistência Médica Internacional adota normas e medidas de segurança para a proteção dos dados pessoais, instalando nos seus ficheiros todas as medidas técnicas necessárias para garantir a confidencialidade dos dados, evitar a sua perda, alterações e acesso indevido, bem como assegura a segurança dos ficheiros em suporte papel.

Os dados pessoais serão conservados durante o prazo de 12 (doze) anos, findo este prazo, serão eliminados, salvo manifestação em contrário do próprio, nomeadamente através de novo consentimento. No entanto, os referidos dados poderão ser conservados para efeitos de investigação científica ou histórica ou fins estatísticos, sem limite temporal, desde que anonimizados, pseudonimizados ou cifrados de forma a deixarem de revestir a natureza de dados pessoais para os efeitos da lei.

Declaro que tomei conhecimento e presto o meu consentimento de forma livre, informada e explícita e consinto no tratamento dos meus dados pessoais para as finalidades supra descritas.

Tomei conhecimento de que a falta de consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais terá como resultado a minha inelegibilidade enquanto formando do curso de socorrismo ministrado pela Fundação de Assistência Médica Internacional.

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura _____

(igual ao cartão de cidadão)