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

Ensino Primário incompleto	☐	**Estudante**	☐
Ensino Primário	☐	**À procura do 1º emprego**	☐
Ensino Básico completo (9ºano)	☐	**Estagiário**	☐
Ensino Secundário completo (12º ano)	☐	**Trabalhador por conta de outrem**	☐
Licenciatura/Bacharelato	☐	**Trabalhador independente**	☐
Mestrado	☐	**Desempregado/a < 1 ano**	☐
Doutoramento	☐	**Desempregado/a > 1 ano**	☐
Outro: _____		**Outro: _____**	

Área de formação académica:	**Profissão:**

OBSERVAÇÕES

Política de privacidade da Fundação de Assistência Médica Internacional

Os dados pessoais recolhidos na presente ficha serão processados e armazenados em suporte papel e informaticamente.

A Fundação de Assistência Médica Internacional é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais, os quais serão tratados de forma confidencial e utilizados, exclusivamente, para efeitos de divulgação dos projetos, eventos, campanhas e ações da Fundação (amigo AMI, doador pontual, curso de socorrismo, aventuras solidárias, voluntariado nacional e internacional, AMIarte, campanhas e projetos ambientais, produtos solidários e merchandising) podendo, neste âmbito, ser transmitidos a terceiros, nomeadamente à DGERT, companhias aéreas,

DGERT ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA

parceiros da Fundação, com os quais tenha celebrado protocolos, nacionais ou internacionais, bem como ser transmitidos internamente, aos departamentos, delegações e centros da instituição.

A entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, utiliza serviço de e-mail marketing, bem como softwares de faturação, pelo que, os seus dados podem, ainda, ser armazenados fora dos servidores da Fundação de Assistência Médica Internacional, os quais estão localizados dentro da 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 direito de acesso, retificação, alteração, eliminação e portabilidade dos seus dados pessoais, mediante pedido escrito para a entidade responsável, remetido por correio registado para a 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. **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 das ações de formação ministradas pela Fundação de Assistência Médica Internacional.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura: _____

(igual ao cartão de cidadão)

ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA