

Data de Contacto ___/___/___

N.º de inscrição: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DO CLIENTE

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Idade: _____

Sexo: F M

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Distrito: _____

Telefone: _____

Telemóvel: _____

B.I./CC nº: _____

Nº de Contribuinte: _____

SNS: _____

Beneficiário NISS nº: _____

E-mail: _____

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DE PESSOAS PRÓXIMAS DO CLIENTE

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Distrito: _____

Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco/Relação (2): _____ Data de nascimento: ___/___/___

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Distrito: _____

Telefone: _____

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:

- Diário e Permanente
- Diário Pontual
- Pontual

5.O Cliente possui o relatório de "Avaliação e Certificação da Situação da Deficiência"?

Sim Não

O cliente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:

- Apoio Domiciliário
- Estrutura Residencial
- Emprego Protegido
- Formação Profissional
- Outro Serviço Qual _____

Tipo de Deficiência e/ou incapacidade:

- Deficiência visual
- Deficiência auditiva
- Deficiência mental
- Deficiência motora
- Outra

Especifique : _____

7. ASSINATURAS	
Cliente	Data: ____ / ____ / ____
Significativo	Data: ____ / ____ / ____
Diretor Técnico	Data: ____ / ____ / ____