

Exmo. Sr. Presidente da Freguesia da Gafanha da Nazaré,

Carlos António das Neves Rocha

**IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO** (a preencher pelos serviços)

Data de entrada nos serviços \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de candidatura \_\_\_\_\_

**POSTO DE TRABALHO A QUE SE CANDIDATA E TIPO DE CONTRATO**

**Carreira geral**

Assistente Operacional

Condutor de Máquinas

**Contrato de trabalho em funções públicas:**

Tempo indeterminado

**1. DADOS PESSOAIS**

Nome Completo:

Data de Nascimento:  /  /  Sexo: Masculino  Feminino

Nacionalidade:

Nº de Identificação Fiscal:

Morada:

Código Postal:  -  Localidade: \_\_\_\_\_

Nº de Telemóvel:  Nº de Telefone:

Endereço eletrónico: \_\_\_\_\_

**2. NÍVEL HABILITACIONAL**

Assinale o quadrado apropriado:

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 01 Menos de 4 anos de escolaridade                    | <input type="checkbox"/> | 08 Bacharelato                         | <input type="checkbox"/> |
| 02 4 anos de escolaridade (1º ciclo do ensino básico) | <input type="checkbox"/> | 09 Licenciatura                        | <input type="checkbox"/> |
| 03 6 anos de escolaridade (2º ciclo do ensino básico) | <input type="checkbox"/> | 10 Pós-graduação                       | <input type="checkbox"/> |
| 04 9º ano (3º ciclo do ensino básico)                 | <input type="checkbox"/> | 11 Mestrado                            | <input type="checkbox"/> |
| 05 11º ano  | <input type="checkbox"/> | 12 Doutoramento                        | <input type="checkbox"/> |
| 06 12º ano (ensino secundário)                        | <input type="checkbox"/> | 13 Curso de especialização tecnológica | <input type="checkbox"/> |
| 07 Curso tecnológico/profissional/outro               | <input type="checkbox"/> | 14 Habilitação ignorada                | <input type="checkbox"/> |

**2.1. Formação Académica/Profissional**

Área de formação académica	
Área de formação profissional	
Outras formações académicas e profissionais relevantes	

**3. SITUAÇÃO JURÍDICO / FUNCIONAL DO TRABALHADOR**
**3.1. Titular de relação jurídica de emprego público** Sim  Não 

Caso seja detentor de vínculo de emprego público, preencha os quadros os pontos 3.2, 3.3 e 4 (todas as alíneas).  
Caso não seja detentor de vínculo de emprego público, passe diretamente ao ponto 5 deste formulário.

**3.2. Modalidade de vínculo de Emprego Público**

Nomeação	Definitiva	
	Transitória por tempo determinado	
	Transitória por tempo determinável	
Contrato	Tempo indeterminado	
	Tempo determinado	
	Tempo determinável	

**3.3. Situação profissional**

Situação profissional atual	Em exercício de funções	
	Em licença	
	Ao abrigo do Regime de Valorização Profissional aprovado pela Lei n.º 25/2017, de 30 de maio	
Órgão ou serviço onde exerce ou por último exerceu funções		
Carreira e categoria		
Atividade exercida ou que por último exerceu no órgão ou serviço		
Posição e nível remuneratórios detidos		
Avaliação de desempenho		

**4. OPÇÃO POR MÉTODOS DE SELEÇÃO**

Se se encontra a cumprir ou executar a atribuição, competência ou atividade caracterizadora do(s) posto(s) de trabalho publicitado(s) ou, encontrando-se ao abrigo do Regime de Valorização Profissional, aprovado pela Lei n.º 25/2017, de 30 de maio, as cumpriu ou executou por último, e pretende afastar os métodos de seleção obrigatórios, nos termos do n.º 3 do artigo 36.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, assinale a seguinte declaração:

*“Declaro que afasto os métodos de seleção obrigatórios Avaliação Curricular e, quando aplicável, Entrevista de Avaliação de Competências, e opto pelos métodos de seleção “Prova de Conhecimentos” e, quando aplicável, “Avaliação Psicológica”, nos termos dos n.ºs 3 e 5 do artigo 36.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.*

**5. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FUNÇÕES EXERCIDAS**
**5.1. Funções exercidas, diretamente relacionadas com o posto de trabalho a que se candidata:**

Funções	Data	
	Início	Fim

5.2. Outras funções e atividades exercidas:


**6. NECESSIDADES ESPECIAIS**

Caso lhe tenha sido legalmente reconhecido algum grau de incapacidade, indique se necessita de meios / condições especiais para a realização dos métodos de seleção.

Grau de incapacidade	
Tipo de incapacidade	

6.1. Especifique as condições especiais para a realização dos métodos de seleção:


**7. REQUISITOS DE ADMISSÃO**

Assinale com X os campos seguintes, se concordar e autorizar.

*“Declaro que reúno os requisitos previstos no artigo 17.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, bem como os constantes no Aviso de Abertura do Procedimento Concursal.”*

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*“Nos termos e para os efeitos do disposto na alínea g), n.º 1 do artigo 13.º da Portaria n.º 233/2022, de 9 de setembro, declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas.”*

**8. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (ART. 6.º DO RGPD)**

Nos termos e para os efeitos do Regulamento (EU) 2016/679 do parlamento <europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016 (adiante RGPD), relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, declaramos que os dados pessoais ora facultados serão alvo de tratamento por parte dos serviços da freguesia da Gafanha da Nazaré, até 12 (doze) meses após a conclusão do processo associado ao requerimento em anexo, sem prejuízo da sua conservação para além desse período para o cumprimento de obrigações municipais e/ou legais.

*Autorizo expressamente de forma livre, específica e informada a recolha e tratamento dos meus dados pessoais contidos no requerimento e/ou noutros documentos submetidos, ou a submeter, por mim para a finalidade a que se destina o presente pedido e que os mesmos sejam objeto de tratamento pelo Freguesia para a presente finalidade, bem como para prossecução dos direitos e obrigações do Freguesia e/ou Fregueses.*

Localidade: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS ANEXOS:**

- Cópia legível do certificado de habilitações
- Comprovativos de formação (quantidade \_\_\_\_\_)
- Currículo Profissional atualizado, datado e assinado
- Declaração comprovativa de que se encontra ao abrigo do Regime de Valorização Profissional
- Comprovativos de requisitos especiais (quantidade \_\_\_\_\_)
- Outros documentos \_\_\_\_\_
