



ENTIDADE CERTIFICADA

**SINDICATO DOS MÉDICOS DO NORTE**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Ação de Formação**

**“TRABALHO EM EQUIPA E GESTÃO DO TEMPO”**

**Nome Completo**.....

**Local de trabalho**.....

**Área**.....

**Especialidade**.....

**Grau**.....

**Morada** : .....

**Localidade** : ..... **Cód. Postal**:.....

**Telef./Telem.** .....

**E-mail** : .....

**Sócio nº** \_\_\_\_\_

**Não sócio**

Porto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

(assinatura)

**Número limite de inscrições: 16**

**As inscrições serão consideradas pela ordem de chegada.**

**A inscrição inclui:**

- Frequência do curso; Documentação; Certificado de participação (com avaliação se solicitada)
- Jantares.

**Para efetuar a inscrição** envie a ficha de inscrição por e-mail para: [mail@sindicatomedicosnorte.pt](mailto:mail@sindicatomedicosnorte.pt) ou para o fax nº: 22 502 4447

**ENTIDADE PROMOTORA**



**ENTIDADE FORMADORA**

Quadros  
& Metas



**ENTIDADE CERTIFICADA**