

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO DE RECRUTAMENTO

Ref.^a Anúncio

052025

Nome da Função

Pessoal Médico

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA/O CANDIDATA/O

Nome Completo:

Data de nascimento:

Nacionalidade:

Morada:

Código Postal:

 -

Localidade:

Contacto Telefónico:

 /

Endereço Eletrónico:

DECLARAÇÕES FINAIS

- Dou o meu consentimento expresso (cfr. Art. 6º, n.º 1 al. A) do RGPD) para que os meus dados sejam tratados pelo Centro Hospitalar Universitário do Porto para efeitos do procedimento concursal e enquanto o mesmo for válido, após o que serão eliminados
- Declaro que as informações e os documentos apresentados são verdadeiros e autênticos.
- Disponibilidade Imediata

DOCUMENTOS ANEXOS (elencar os documentos anexos à candidatura)

Data

 / /

Assinatura _____