

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA
REGIME DE MOBILIDADE INTERNA OU INTERCARREIRAS OU INTERCATEGORIAS

Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal de Armamar

O (A) REQUERENTE, ABAIXO ASSINADO(A), REQUER A ADMISSÃO À SEGUINTE MOBILIDADE

CODIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO

Código da publicitação do procedimento

Código do candidato

(A PREENCHER PELA ENTIDADE)

Em ____ de _____ de 20 ____

CARACTERIZAÇÃO DO POSTO DE TRABALHO

Carreira/ Categoria Assistente Operacional

Carreira/ Categoria Assistente Técnico

Carreira/ Categoria Técnico Superior

1. DADOS PESSOAIS

Nome completo:

Data de nascimento:

Sexo: Masculino

Feminino

Nacionalidade:

Bilhete de identidade/
Cartão Cidadão

Validade

Nº de Identificação Fiscal:

Morada:

Telefone:

Telemóvel:

Email:

Código Postal:

Localidade: _____

2. NÍVEL HABILITACIONAL

Assinale o quadrado apropriado:

01	Menos de 4 anos de escolaridade		08	Bacharelato	
02	4 anos de escolaridade (1º ciclo do ensino básico)		09	Licenciatura	
03	6 anos de escolaridade (2º ciclo do ensino básico)		10	Pós-graduação	
04	9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)		11	Mestrado	
05	11.º ano		12	Doutoramento	
06	12.º ano (ensino secundário)		13	Curso de especialização tecnológica	
07	Curso tecnológico/profissional/outros (nível III)*		99	Habilitação ignorada	

* Nível III : Nível de qualificação da formação (c/ equivalência ao ensino secundário)

2.1 Identifique a designação do curso:

2.2 Indique cursos de pós-graduação, mestrado ou doutoramento:

3. SITUAÇÃO JURÍDICO/ FUNCIONAL DO TRABALHADOR

3.1	Nomeação definitiva	
	Contrato de trabalho em regime de funções públicas por tempo indeterminado	
	Transitória por tempo determinável	

3.2 Indique o órgão ou serviço onde exerce funções:

3.3 Indique a carreira/ categoria detida e respectiva data:

Carreira/ Categoria _____ desde ____ / ____ / ____

4. REQUISITOS DE ADMISSÃO

“Declaro que reúno os requisitos previstos na Lei Geral do trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei nº 35/2014, de 20 de junho, na redação actual.”

SIM NÃO

5. NECESSIDADES ESPECIAIS

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

5. DECLARAÇÃO

“Declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas”.

Localidade: _____ Data: _____

Assinatura _____

Documentos que anexa à candidatura:

Fotocópia do BI/CC, caso a autorize expressamente para a instrução da candidatura		
Fotocópia do cartão de contribuinte		
Certificado de habilitações		
Curriculum Vitae		
Comprovativo de frequência de ações de formação (quantidade ____)		
Declaração autenticada do serviço a que o candidato se encontra vinculado		

Outros:
