

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Filho de:

E de:

Idade: Data Nasc.: B. Ident.:

Nº Beneficiário: Gr. Sanguíneo:

Estado Civil: Hab. Lit.:

Natural de: Concelho de:

Morador em:

Telefone: Telemóvel: E:mail:

Local Trabalho/Escola

Profissão: Telefone:

2. ASPECTOS SANITÁRIOS

Tem livro de vacinas

Tem as seguintes vacinas em dia: Tétano Hepatite

Sofre de alguma doença:

Já foi submetido a alguma Interv. Cirúrgica? Qual?

Peso Altura Tensão Arterial M Mn

3. QUESTIONÁRIO

a) Porque deseja tornar-se voluntário da CVP?

b) Tem algum amigo/familiar na CVP? Quem?

c) Pertence ou já pertenceu a outra Instituição de voluntariado? Qual?

d) Qual a sua disponibilidade?

e) Em que sector de actividade gostaria de exercer a sua actividade? Emergência

V. Apoio Geral Juventude Enfermagem

Funchal, ____ de _____ de _____

O Candidato

(Destaque por aqui)

O (A) candidato(a) deverá apresentar-se na CVP, no próximo dia 05 de Junho 2010, pelas 16h00, sendo portador do seu Bilhete de Identidade.