

FICHA DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADOS

Inscrição Atualização Associado n.º _____

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR (Preencha com Maiúsculas)

Nome: _____

Nome a Gravar no Cartão: _____

Morada: _____ Localidade: _____

Código Postal: ___ / ___ / ___ - ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

Nacionalidade: Portuguesa Outra: _____ Estado Civil: _____

DADOS PARA CONTATO

Comunicação Preferencial: E-mail Carta Telefone

Telefone Casa: _____ Telemóvel: _____ E- Mail: _____

Hora preferencial para contato: ___ : ___

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

Cartão de Cidadão n.º: _____ NIF: _____ Segurança Social n.º: _____

Utente Saúde n.º: _____

DADOS PESSOAIS

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Motivo da Inscrição: _____

Tem algum familiar ou amigo com Demência? Sim Não

Se desejar, indique-nos os dados da pessoa com Demência:

Nome: _____ Morada: _____

Localidade: _____ Freguesia: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

Há quanto tempo foi diagnosticada a Doença? _____

Nome do cuidador: _____ Existe Parentesco? Sim Não

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / _____