



LIGADOS AMIGOS DO CENTRO HOSPITALAR DE GAIA

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA A VOLUNTÁRIO

Nome Completo:	_____
Data de Nascimento: ____ / ____ / _____	Idade: _____
Morada:	_____
Telefone: _____	Telemóvel: _____
E-mail:	_____
Profissão/ Ocupação:	_____
Situação Actual:	
Activo <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>
Desempregado <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Nível de Escolaridade:	_____
Serviços de Preferência:	_____
Disponibilidade:	_____
Experiência de voluntariado:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Como teve conhecimento da Liga?	_____

Data: ____ / ____ / _____	Rubrica: _____

Obrigado