

**FORMULÁRIO Nº1 - PADRINHOS E MADRINHAS  
CANDIDATURA AO PROGRAMA DE APADRINHAMENTO**

<b>A DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>					
<b>1</b>	NOME COMPLETO:				
<b>2</b>	NATURALIDADE:	<b>3</b>	NACIONALIDADE:		
<b>4</b>	DATA NASCIMENTO:	<b>5</b>	NIF:	<b>6</b>	NUEL:
<b>7 MORADA POSTAL</b>					
Rua/ outro: _____					
Localidade: _____					
Freguesia / Bairro: _____					
Distrito: _____		Província: _____		País: _____	
Código Postal: _____ - _____					
<b>8</b>	TELEFONE FIXO:	CÓDIGO DO PAÍS	<b>9</b>	TELEMÓVEL:	CÓDIGO DO PAÍS
_____ - _____ - _____					
<b>10</b>	EMAIL:	_____ @ _____			

<b>B DADOS DE PERFIL</b>					
<b>11</b>	ESTADO CIVIL:	<b>12</b>	PROFISSÃO:		
<b>13</b>	Nº DE PESSOAS DO AGREGADO FAMILIAR:				
<b>14 COM INTERESSE E POSSIBILIDADE EM APOIAR</b>					
Sexo masculino: <input type="checkbox"/> Sexo feminino: <input type="checkbox"/> Outros géneros: <input type="checkbox"/> Sem restrição de género: <input type="checkbox"/>					
Criança dos 0 aos 5 anos: <input type="checkbox"/> Criança dos 6 aos 12 anos: <input type="checkbox"/> Jovem dos 13 aos 18 anos: <input type="checkbox"/>					
Adulto a frequentar o ensino básico oficial: <input type="checkbox"/> Adulto a frequentar o ensino superior: <input type="checkbox"/>					
Adulto a frequentar o ensino superior pós-graduado: <input type="checkbox"/> Mestrado: <input type="checkbox"/> Doutoramento: <input type="checkbox"/> Pós-doc: <input type="checkbox"/>					
Jovem mãe: <input type="checkbox"/> Idoso: <input type="checkbox"/> Deficiente físico: <input type="checkbox"/> Deficiente mental: <input type="checkbox"/>					
Outro: <input type="checkbox"/> Discriminar outro: _____					
<b>15 TIPO DE APADRINHAMENTO ESCOLHIDO</b>					
Apadrinhamento Tipo I: <input type="checkbox"/> Apadrinhamento Tipo II: <input type="checkbox"/> Apadrinhamento Tipo III: <input type="checkbox"/>					
Apadrinhamento Tipo IV: <input type="checkbox"/> Apadrinhamento Tipo V: <input type="checkbox"/>					
<b>16 MODALIDADE DE APOIO ESCOLHIDA</b>					
Apoio em dinheiro: <input type="checkbox"/> Apoio em espécie: <input type="checkbox"/>					
<b>17 REGIME DE APOIO ESCOLHIDO</b>					
Pontual: <input type="checkbox"/> Regular: <input type="checkbox"/> Mensal: <input type="checkbox"/> Trimestral: <input type="checkbox"/> Semestral: <input type="checkbox"/> Anual: <input type="checkbox"/>					
Prazo do apoio					
1 Ano: <input type="checkbox"/> 2 Anos: <input type="checkbox"/> 3 Anos: <input type="checkbox"/> 4 Anos: <input type="checkbox"/> 5 Anos: <input type="checkbox"/>					
Outro: <input type="checkbox"/> Discriminar outro: _____					
<b>18 CARÁCTER DO APOIO</b>					
Nominativo: <input type="checkbox"/> Anónimo: <input type="checkbox"/>					

**FORMULÁRIO Nº1 - PADRINHOS E MADRINHAS  
CANDIDATURA AO PROGRAMA DE APADRINHAMENTO**

**C OBSERVAÇÕES E MENSAGEM**

**31 OBSERVAÇÕES**

OBSERVAÇÕES QUE APROFUNDAM OU ESCLARECEM ASSUNTOS

**32 MENSAGEM**

INFORMAÇÕES SOBRE AS RAZÕES E MOTIVOS DA CANDIDATURA E ESTE PROGRAMA