

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador do nº de identificação (BI/CC) _____, declaro que autorizo a entidade CADUCEUS - Segurança e Emergência Médica, Lda., com o NIF (da entidade): 503015415 a submeter o meu processo individual de formador (Certificado de Habilitações, Certificado de Aptidão Profissional/Certificado de Competência Profissional e Declaração de Formador) para integração na sua bolsa formativa.

_____ (local), ____/____/____ (dia/mês/ano)

O formador

Nota: A assinatura deverá ser conforme documento de identificação (BI/CC).