

INCUBADORA – INSCRIÇÃO EM EVENTOS

Registo n.º:	
Processo n.º:	
Registado em:	

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente da Câmara Municipal de Ovar



1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome/Denominação:*			
Domicílio/Sede:*		N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:	Localidade:*		
Freguesia:			
NIF/NIPC:*		Data de Nascimento:	
Tipo de Documento de Identificação:			
N.º:	Válido até:		
Certidão Comercial Permanente (Código):			
Contacto Telefónico:		Fax:	
E-mail:			

(Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório)



2. NOTIFICAÇÕES

Consinto que as notificações/ comunicações sejam feitas via: (aplicável a pessoas singulares)	<input type="checkbox"/> E-mail	
	<input type="checkbox"/> Telefone	
As notificações/comunicações feitas por via postal deverão ser enviadas preferencialmente para a seguinte morada:	<input type="checkbox"/> Titular	
	<input type="checkbox"/> Outra morada (por favor, indique:)	
Domicílio/Sede:	N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:	Localidade:	



3. PEDIDO

Vem requerer a inscrição no(s) seguinte(s) evento(s):		
Eventos em que se inscreve:		
<input type="checkbox"/>	Nome do evento*	Data de inscrição (caso o evento tenha mais do que um dia)*
<input type="checkbox"/> Formação		
<input type="checkbox"/> Workshop		
<input type="checkbox"/> Conferência		
<input type="checkbox"/> Sessão de Esclarecimento		
<input type="checkbox"/> Outra		
Sessão(ões) em que se inscreve:		
<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Todo o dia
Entidade que representa (se aplicável):		

Habilitações Literárias e Situação Profissional	
Habilitações literárias*	
<input type="checkbox"/> Inferior ao Ensino Básico	
<input type="checkbox"/> Ensino Básico	
<input type="checkbox"/> Ensino Secundário e/ou Profissional	
Área de formação:	
<input type="checkbox"/> Ensino Superior	
Área de formação:	
Situação profissional atual ou anterior:*	
<input type="checkbox"/> À procura do 1º Emprego	
<input type="checkbox"/> Empregado/a por conta de outrem	
Indique a sua profissão atual:	
<input type="checkbox"/> Empregado/a por conta própria	
Indique a sua profissão atual:	
<input type="checkbox"/> Desempregado	
Indique a sua profissão anterior:	
<input type="checkbox"/> Outra	
Indique a sua profissão atual ou anterior:	
Dados para faturação (caso a inscrição seja paga):	
Nome/Denominação:*	
Morada/Sede:*	
NIF/NIPC:	



4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.
- O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município de Ovar respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:
 - Responsável pelo tratamento** – Município de Ovar;
 - Finalidade do tratamento** – Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;
 - Destinatário(s) dos dados** – Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;
 - Conservação dos dados pessoais** – Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.
- Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município de Ovar consulte o nosso site em www.cm-ovar.pt ou envie um e-mail para gapresidencia@cm-ovar.pt.
- Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).



5. OUTRAS DECLARAÇÕES

- *O(A) subscritor(a), sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade;
- Autorizo o Município a utilizar o meu endereço de e-mail para a divulgação de outros eventos, bem como de informação sobre a temática do empreendedorismo e negócios.

Pede deferimento,

Ovar, __/__/__

O(A) Requerente / O(A) Representante

(Assinatura do(a) requerente ou de outrem a seu rogo, se o(a) mesmo(a) não souber ou não puder assinar)

Conferi a identificação do(a) Requerente/Representante através dos documentos de identificação exibidos.

Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.

O(A) Funcionário(a)

Responsável pela Direção do Procedimento:	Paula Alves		
Contacto Telefónico:	256509102	E-mail:	paula.alves@cm-ovar.pt

Gestor(a) do Procedimento:	Paula Alves		
Contacto Telefónico:	256581310	E-mail:	espaco.empreendedor@cm-ovar.pt



FUNDAMENTAÇÃO DA NÃO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

--

DOCUMENTOS A APRESENTAR

Para o efeito, apresenta os documentos que se elencam:

Comprovativo do pagamento da inscrição em evento;

Outro(s):

--