



**PROPOSTA PARA MEMBRO  
OBSERVADOR**

\_\_\_\_\_

Foto

Sócio A.P.F. N.º - \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_ | Distrito: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telef. Trabalho: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º BI: \_\_\_\_\_ N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_

Ano em que finalizou o curso: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Anos de Prática em Fisioterapia Cardio-Respiratória: \_\_\_\_\_ anos (

Entidade Patronal 1: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Entidade Patronal 2: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

O Signatário está disposto a respeitar o Regulamentos Interno que rege o Grupo de Interesse em Fisioterapia Cardio-Respiratória.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do proposto)

\_\_\_\_\_  
A Direcção do GIFCR