

Contacto presencial  Outro:  Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Dados de Identificação do candidato

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

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

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

Código postal: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## Dados de Identificação do Significativo

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

Relação com o candidato: \_\_\_\_\_ Morada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

## Fundamentação do Pedido

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Autorização Prévia

Autorizo a avaliação técnica das capacidades, funcionalidade e potencialidades do candidato, pela equipa técnica do Centro de Atividades para a Capacitação e Inclusão da ADAPECIL.

## Assinaturas

Candidato: \_\_\_\_\_

Significativo: \_\_\_\_\_

Organização: \_\_\_\_\_

Contacto para a entrevista: \_\_\_\_\_ Data agendada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Elaborado por:  
Núcleo da Qualidade

Aprovado por:  
Coordenação  
07/02/2023

IP08 | Edição: 2 | Revisão: 3 | 1 de 1



-----  
*Documentação a trazer para a avaliação (A entrega é obrigatória):*

*Cartão de Cidadão - Candidato;*

*Boletim de vacinas atualizado;*

*Relatórios clínico e/ou relatório de equipa multidisciplinar (com data inferior a um ano) que certifique a deficiência e o grau de incapacidade e identifique a situação física, psíquica e social (obrigatório);*

*Atestado de incapacidade multiusos (obrigatório);*

*Avaliação Diagnóstica com base no PIT (caso se aplique);*

*Outros relatórios médicos/técnicos que indiquem medicação, limitação à prática desportiva (caso existam);*

*Documento comprovativo de responsabilidade legal – regulação do poder paternal/ maior acompanhado (caso exista);*

*Cartão do Cidadão – Significativo.*