

VMER

ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

Nome: _____

Nº mec.: _____ Grupo profissional: _____

Serviço: _____

Endereço eletrónico: _____ Contacto(s): _____

Objetivo: _____

Horário pretendido:

____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h ____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h

____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h ____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h

____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h ____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h

Assinatura do trabalhador: _____

Pronúncia do serviço de origem: _____

Pronúncia da Coordenação da VMER: _____

Marcado(s) para:

____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h ____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h

____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h ____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h

____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h ____ / ____ / 202____ 08-16 h || 16-24 h

Pronúncia do serviço origem: _____

Nota: trabalhador realiza este estágio no âmbito da sua atividade profissional pelo que está abrangido por seguro de acidentes de trabalho (assinalar a opção com "x"):

CT - Regime Geral I Apólice: 0007977373

☐

CTFP - Caixa Geral Aposentações I Apólice: 0007977373

☐