



SECRETARIA REGIONAL DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL
DIRECÇÃO REGIONAL DO TRABALHO, QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E DEFESA DO CONSUMIDOR
GABINETE DE HIGIENE, SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

CERTIFICAÇÃO DE APTIDÃO PROFISSIONAL

Assinalar com uma cruz o Certificado de Aptidão Profissional a que se está a candidatar

TÉCNICO SUPERIOR DE HIGIENE E SEGURANÇA DO TRABALHO	<input type="checkbox"/>
TÉCNICO DE HIGIENE E SEGURANÇA DO TRABALHO	<input type="checkbox"/>

A preencher pelos serviços do GHSST

Serviço receptor	_____		
Data de recepção	____ - ____ - ____	O Técnico	_____

A preencher pelo candidato

1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL:			
Nome:	_____		
Data de Nascimento:	____ - ____ - ____	(Ano) (Mês) (Dia)	
Bilhete de Identidade:	_____	Arquivo:	_____
		Data:	__ - __ - ____
Naturalidade:	_____	Nacionalidade:	_____
Endereço:	_____		
Localidade:	_____	Código Postal:	____ - ____
Concelho:	_____	Distrito:	_____
Tel.	_____	Telm.	_____
		Fax.	_____
		E-mail:	_____

Preencher apenas pelos candidatos à Certificação da Aptidão Profissional pela via da Formação

2. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS COMPROVADAS	Ano de Conclusão	
Ensino Secundário (12.º ano ou equivalente)	____	____
Bacharelato		
Designação	____	____
Licenciatura		
Designação	____	____
Mestrado		
Designação	____	____
Doutoramento		
Designação	____	____
Outras		
Designação	____	____



SECRETARIA REGIONAL DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL
DIRECÇÃO REGIONAL DO TRABALHO, QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E DEFESA DO CONSUMIDOR
GABINETE DE HIGIENE, SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

Preencher apenas pelos candidatos à certificação da aptidão profissional pela via da formação

3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMPROVADA					Ano a)
Designação do Curso de Formação	Entidade Formadora	Área de Formação	Nível	Duração Total (em horas)	

A preencher pelos serviços do GHSST

4. DOCUMENTOS ENTREGUES (fotocópias)	
Bilhete de Identidade <input type="checkbox"/>	Outros documentos <input type="checkbox"/>
Certificado de Formação Profissional <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de Formação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título/Cert. Form. obtido em país estrangeiro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. PUBLICITAÇÃO:	
Autorizo	<input type="checkbox"/>
Não Autorizo	<input type="checkbox"/>
A publicitação do CAP na página da DRTQPDC – GHSST com indicação do n.º de CAP, nome, morada, e-mail e n.º de telef /telemóvel.	

_____, em ____ - ____ - _____ Assinatura _____

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

a) Indicar o ano civil em que concluiu o curso de formação.