

**BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS DE LAGARES DA BEIRA**

Rua dos Bombeiros Nº 14 - Apartado 07

3406-907 Lagares da Beira

Telf. 238 640 112

**PEDIDO DE ALISTAMENTO NO CORPO DE BOMBEIROS****DADOS PESSOAIS**

Nome:	Data de Nascimento:	Idade:	
Morada:	Código Postal/Localidade:		
Telefone Residência:	Telefone Emprego:	Telemóvel:	
Email:	Estado Civil:		
Filho de:	Data de Nascimento:		
e de:	Data de Nascimento:		
Cônjuge:	Data de Nascimento:		
Filhos:	Data de Nascimento:		
	Data de Nascimento:		
	Data de Nascimento:		
Naturalidade:	Freguesia:	Concelho:	
Profissão:	Empresa:		
Nº BI:	Data Emissão:	Emissor:	Validade:
Nº Segurança Social:	Nº Contribuinte:		
Carta de Condução Nº:	Data Emissão:	Emissor:	
Validade:	Categoria:		
Habilitações Literárias:	Grupo Sanguíneo:	RH	
Já pertenceu a um Corpo de Bombeiros?	Se a resposta foi SIM qual?	Nº Mecanográfico:	
Cumpriu Serviço Militar?	Se a resposta foi SIM, número:		
Unidade:	Graduação:	Ano:	

Declaro que desejo alistar-me como voluntário neste Corpo de Bombeiros, no **Quadro Activo** ou **Sem Quadro** (riscar o que não interessa) na carreira de \_\_\_\_\_ como \_\_\_\_\_ comprometendo-me a cumprir o regulamento do Corpo de Bombeiros, bem como das Ordens de serviço que internamente forem publicadas.

Lagares da Beira, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nota: Carreira de Bombeiro ou de Oficial Bombeiro, como Infante, Cadete ou Estagiário

**DECLARAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

Autorizo o(a) meu(minha) \_\_\_\_\_ a alistar-se como voluntário(a) desse Corpo de Bombeiros

O(A) seu(sua) \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**ATESTADO MÉDICO**

Eu, \_\_\_\_\_, licenciado(a) em Medicina pela Faculdade de Medicina de \_\_\_\_\_ e portador(a) da célula profissional nº \_\_\_\_\_ da Ordem dos Médicos, atesto sob compromisso de honra que \_\_\_\_\_ portador(a) do Nº de Identificação Civil \_\_\_\_\_ emitido pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, com data de validade de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, tem robustez física e não sofre de doença infecto-contagiosa.

Por ser verdade e me ter sido pedido pelo próprio(a), passo o presente atestado que dato e assino.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O(A) Médico(a),

Cole aqui a vinheta