

### 3<sup>as</sup> Jornadas de Iniciação à Investigação Clínica

Nome completo \_\_\_\_\_

Nome profissional \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Número de Identificação Fiscal: \_\_\_\_\_

Grupo destinatário em que se insere:

Aluno

Escola/Faculdade \_\_\_\_\_

Profissional de Saúde

Carreira /Categoria \_\_\_\_\_ Departamento/Serviço \_\_\_\_\_

Entrega no DEFI - Secretariado do Centro de Formação (A ficha de inscrição pode ser fotocopiada)

