**FORMULÁRIO DE CANDIDATURA**

**Ref.ª Proc. 025/2023**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo (conforme CC): |  |
| Data nascimento: |  |
| Contacto telefónico: |  |
| Endereço eletrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dou o meu consentimento expresso (cfr. alínea a) do nº 1 do art 6º do RGPD) para que os meus dados sejam tratados pelo Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE para efeitos do procedimento concursal e enquanto o mesmo for válido, após o que serão eliminados. |  |
| Declaro que as informações e os documentos apresentados são verdadeiros e autênticos. |  |
| Declaro que aceito expressamente que as comunicações do presente procedimento sejam realizadas para o endereço eletrónico [supra](mailto:mario.ribeiro@ipoporto.min-saude.pt) mencionado. |  |

(Local), (Data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

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

(assinatura conforme cartão de cidadão)