**ÉPOCA DESPORTIVA:**  |  **VERTENTE:**

**AGENTE DE ARBITRAGEM: ÁRBITRO(A) ☐ ASSISTENTE ☐ OBSERVADOR(A) ☐**

**CANDIDATO A:**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO(A):**

**CATEGORIA**:

**Nome Completo:**       | **Sexo:** **M** ☐ **F** ☐

**Morada da residência:**

**Código Postal:**       -       **Freguesia:**

**N.º CC\*:**       **Validade:**       /       /       **Data Nascimento:**       /       /

**Habilitações literárias\*:**       **Profissão:** **NIF**

**Falante:** **Português** ☐**Inglês** ☐

**Contactos:** **Telefone**       **Telemóvel**       **e-mail**

**Data validade do exame médico**\*:       /       /

**Há quantos anos possui a categoria atual?**

**Declaro conhecer e cumprir os critérios de admissibilidade ao curso a que me candidato:** ☐

\* comprovativo em suporte papel tem que existir obrigatoriamente no processo individual na AFVR

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**PARA CANDIDATOS A CURSO FORMAÇÃO AVANÇADA NÍVEL 2 (ECA 2)**

**CONSTITUIÇÃO DE EQUIPA - ASSISTENTES**

**ÁRBITRO ASSISTENTE Nº1 CATEGORIA**:

**Nome Completo:**       | **Sexo:** **M** ☐ **F** ☐

**Morada da residência:**

**Código Postal:**       -       **Freguesia:**

**N.º CC\*:**       **Validade:**       /       /       **Data Nascimento:**       /       /

**Habilitações literárias\*:**       **Profissão:       NIF**

**Falante:** **Português** ☐**Inglês** ☐

**Contactos:** **Telefone**       **Telemóvel**       **e-mail**

**Data validade do exame médico**\*:       /       /

**ÁRBITRO ASSISTENTE Nº2 CATEGORIA**:

**Nome Completo:**       | **Sexo:** **M** ☐ **F** ☐

**Morada da residência:**

**Código Postal:**       -       **Freguesia:**

**N.º CC\*:**       **Validade:**       /       /       **Data Nascimento:**       /       /

**Habilitações literárias\*:**       **Profissão:       NIF**

**Falante:** **Português** ☐**Inglês** ☐

**Contactos:** **Telefone**       **Telemóvel**       **e-mail**

**Data validade do exame médico**\*:       /       /

**Assinatura do Candidato** (a preencher à posteriori se aceite):

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

**Data de manifestação de interesse em ser candidato:**       /       /

Depois de preenchida a ficha deverá ser enviada via e-mail para: afvr.ca@sapo.pt