

**MEDIDA INCENTIVO À ACEITAÇÃO DE OFERTAS DE EMPREGO  
FORMULÁRIO DE CANDIDATURA**

A preencher pelo Centro de Emprego

Delegação Regional : _____	
Centro de Emprego: _____	Nº de Processo _____
Data de Receção ____ - ____ - ____	O Técnico de Emprego _____

A preencher pelo Candidato

**1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Código Postal |\_\_|\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_|\_| \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

BI / Cartão Cidadão \_\_\_\_\_ emitido pelo Arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nº de Identificação da Segurança Social \_\_\_\_\_ Nº de Utente do Centro de Emprego \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA**

Nome/Denominação \_\_\_\_\_

Atividade Principal (CAE) \_\_\_\_\_

Endereço/Sede \_\_\_\_\_

Código Postal |\_\_|\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_|\_| \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

NIPC/NIF |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| N.º de Identificação da Segurança Social \_\_\_\_\_

Nome da pessoa de contato \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

**3. SITUAÇÃO DO CANDIDATO FACE AO EMPREGO**

3.1 Data de início do Contrato de trabalho \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

3.2 Profissão \_\_\_\_\_ Remuneração Mensal (em Euros) \_\_\_\_\_

3.3 Horário de Trabalho diário e semanal \_\_\_\_\_

3.4 Tipo de contrato efetuado com a entidade empregadora mencionada no ponto 2:

A TERMO CERTO  (Assinalar com X em caso afirmativo)  
Indique a duração do contrato: \_\_\_\_\_ meses

A TERMO INCERTO  (Assinalar com X em caso afirmativo)

POR TEMPO INDETERMINADO (SEM TERMO)  (Assinalar com X em caso afirmativo)

**\* Junte ao presente formulário cópia do respetivo contrato de trabalho**

**4. CONDIÇÕES CONTRATUAIS**

O subscritor declara:

a) Ter conhecimento das condições e termos de atribuição do Apoio Financeiro, previsto na Portaria 26/2015, de 10 de fevereiro, e ter recebido um exemplar do Regulamento Específico da Medida;

b) Ter conhecimento que o apoio financeiro é suspenso durante os períodos de concessão do subsídio de doença, incluindo o período de espera, e dos subsídios no âmbito da proteção na parentalidade. E que está ainda obrigado a comunicar ao centro de emprego todo o facto suscetível de determinar a suspensão, redução ou cessação do apoio financeiro, designadamente o início de nova atividade por conta própria ou por conta de outrem;

c) A veracidade das informações prestadas neste formulário;

d) Ter conhecimento que o IEFP, IP efetua uma validação/indeferimento da candidatura, sendo a decisão de aprovação e eventual pagamento do apoio financeiro da responsabilidade dos serviços da Segurança Social.

Data \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

