

《Regime da qualificação profissional dos assistentes sociais》
Formulário de pedido de inscrição para o exercício
da profissão de assistente social

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pedido de inscrição pela 1.ª vez | <input type="checkbox"/> Pedido de inscrição provisória |
| <input type="checkbox"/> Pedido de conversão da inscrição provisória em definitiva | |
| <input type="checkbox"/> Pedido de renovação de inscrição | |
| <input type="checkbox"/> Pedido de emissão da 2.ª via do cartão de inscrição | <input type="checkbox"/> Pedido de emissão da 2.ª via do cartão de inscrição provisória |
| <input type="checkbox"/> Pedido de reactivação da inscrição | <input type="checkbox"/> Pedido de reinscrição |

N.º do pedido: _____ (Preenchimento exclusivo do serviço interno)

A pessoa requerente pode, através do sistema de acreditação profissional e inscrição para o exercício da profissão de assistente social, elaborar o pedido *online*, escusando-se assim de preencher o presente impresso. Em caso de se deparar com dificuldade na apresentação do pedido *online*, poderá ligar ao telefone número 2857 5010 para a consulta de informação ou deslocar-se pessoalmente à Sala de atendimento – Regime da qualificação profissional dos assistentes sociais, situada no Centro de Sinistrados da Ilha Verde deste Instituto, munida dos documentos necessários para o pedido, onde, mediante o apoio a prestar pelo trabalhador, pode tratar dos dados exigidos no presente impresso através da *Internet*, nomeadamente, a confrontação/ actualização/preenchimento.

I. Dados pessoais (Com excepção do nome, não é necessário preencher os dados pessoais seguintes sendo a confrontação e actualização desses dados feitas presencialmente). (Preencher, com letra legível, o nome em língua estrangeira)

Nome em chinês			
Nome em língua estrangeira			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
Local de nascimento	<input type="checkbox"/> Macau China	<input type="checkbox"/> Interior da China	<input type="checkbox"/> Hong Kong China <input type="checkbox"/> Portugal
	<input type="checkbox"/> Outros, especifique _____		
Data de nascimento	Dia	Mês	Ano
Documento de identificação	<input type="checkbox"/> BIRM Permanente	<input type="checkbox"/> BIRM Não Permanente	N.º _____
Telefone de contacto	Telemóvel :	Residência:	Local de trabalho:
Morada			
Endereço de contacto (Deve ser o endereço de Macau)	<input type="checkbox"/> Igual à morada	<input type="checkbox"/> Diferente da morada, favor especificar _____	
Morada do lugar onde trabalha			
Endereço de correio electrónico			
Situação do emprego	<input type="checkbox"/> Activo (A exercer funções de assistente social)	<input type="checkbox"/> Activo (A exercer outras funções que não as de assistente social)	<input type="checkbox"/> Desempregado / Aposentado
Tipo de emprego	<input type="checkbox"/> Entidades privadas, especifique _____ <input type="checkbox"/> Entidades públicas, especifique _____ <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____	<input type="checkbox"/> Entidades privadas, especifique _____ <input type="checkbox"/> Entidades públicas, especifique _____ <input type="checkbox"/> Outros especifique _____	
Área de serviços/sectores de	<input type="checkbox"/> Família e comunidade <input type="checkbox"/> Idoso	<input type="checkbox"/> Serviço social <input type="checkbox"/> Saúde e assistência médica	



澳門特別行政區政府
社會工作局
GOVERNO DA RAEM
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL

《Regime da qualificação profissional dos assistentes sociais》
Formulário de pedido de inscrição para o exercício
da profissão de assistente social

trabalho	<input type="checkbox"/> Crianças e Jovens <input type="checkbox"/> Reabilitação <input type="checkbox"/> Prevenção e Tratamento da Toxicodependência <input type="checkbox"/> Reinserção social e serviços correcionais <input type="checkbox"/> Assuntos médicos <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Emprego/labor <input type="checkbox"/> Justiça e Segurança <input type="checkbox"/> Não da área de serviço social <input type="checkbox"/> Habitação <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____	<input type="checkbox"/> Serviços públicos <input type="checkbox"/> Educação, cultura e arte <input type="checkbox"/> Diversões e Jogos <input type="checkbox"/> Retalho <input type="checkbox"/> Hotel, restauração e turismo <input type="checkbox"/> Bancos, seguros e finanças <input type="checkbox"/> Transporte, construção, imobiliário e comunicação <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____	
Tipo de unidade de serviço que está a trabalhar	<input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> Outras, especifique _____		
Denominação do cargo	<input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Agente de aconselhamento <input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Chefe <input type="checkbox"/> Director geral <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Coordenador da actividade <input type="checkbox"/> Director geral do lar <input type="checkbox"/> Outros _____	
Total de anos que exerce/que exerceu o cargo de assistente social	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1-5 anos <input type="checkbox"/> 6-10 anos <input type="checkbox"/> 11-15 anos <input type="checkbox"/> 16-20 anos <input type="checkbox"/> 21-25 anos <input type="checkbox"/> 25 anos ou mais	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1-5 anos <input type="checkbox"/> 6-10 anos <input type="checkbox"/> 11-15 anos <input type="checkbox"/> 16-20 anos <input type="checkbox"/> 21-25 anos <input type="checkbox"/> 25 anos ou mais	

II. Habilitações Literárias (Este campo não é aplicável àqueles que concluíram com aproveitamento o curso de ensino secundário ou que são titulares do diploma do curso de serviço social em regime de dois anos). (Não é necessário preencher, a confrontação ou actualização dos dados é feita presencialmente)

Nome do estabelecimento de ensino	Nome do departamento	Grau académico	Local onde fica o estabelecimento de ensino	Duração do curso	Forma de aprendizagem (A tempo inteiro/Em acumulação)	Ano em que se licenciou

**《Regime da qualificação profissional dos assistentes sociais》
Formulário de pedido de inscrição para o exercício
da profissão de assistente social**

III. Pessoas que concluíram o curso de ensino secundário ou que são titulares do diploma do curso de serviço social em regime de dois anos (Este campo não é aplicável aos titulares do curso de licenciatura ou de grau mais elevado da área de serviço social) . (Não é necessário preencher, a confrontação ou actualização dos dados é feita presencialmente)

Nome da escola/do estabelecimento de ensino	Grau de habilitações literárias/tipo de diploma	Escola/Local onde fica o estabelecimento de ensino	Duração do curso	Forma de aprendizagem (A tempo inteiro/em acumulação)	Ano em que foi atribuído o certificado de habilitações

IV. Acções de formação contínua (É apenas aplicável nas seguintes situações: Mais de 3 anos de diferença entre a data do pedido de inscrição pela 1.ª vez e a data de emissão do certificado de acreditação profissional / actualização de dados /pedido de renovação da inscrição/pedido de reactivação da inscrição / pedido de reinscrição, é necessário apresentar a cópia dos certificados dos cursos que preencheu. Na insuficiência de espaço para o preenchimento, é permitido que utilize papel A 4 como complemento deste impresso)

Nome do curso	Entidade organizadora	Forma de aprendizagem (Nota 1)	País/Região da formação	Data da formação	Horas	Com acreditação do CPAS(Sim/não)

Nota 1: A forma de aprendizagem abrange os cursos que atribuem grau académico relacionados com o serviço social e realizados de forma regular, aulas/palestras/workshops, fórum/seminários, actividades comunitárias/em grupos etc.

V. Facultação do certificado do registo criminal

<input type="checkbox"/> O requerente apresenta pessoalmente o original do certificado
<input type="checkbox"/> Quando pedir este documento no Departamento de serviços de identificação, escolha um serviço de entrega enviando diretamente para o IAS

VI. Pagamento

Forma de pagamento	<input type="checkbox"/> Isenção <input type="checkbox"/> Em numerário <input type="checkbox"/> Cartão de crédito (Visa/Master/Union pay)
Valor a pagar	<input type="checkbox"/> Outros, especifique _____
N.º do recibo	Mop

VII. Forma de contacto (Assinalar com ✓ a sua opção)

Para além da mensagem do telemóvel, pretende V. Ex.ª receber as notificações gerais através do <i>email</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A língua que V. Ex.ª opta para receber os <i>emails</i> ou mensagens	<input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Português

《Regime da qualificação profissional dos assistentes sociais》
Formulário de pedido de inscrição para o exercício
da profissão de assistente social

VIII. Declaração e consentimento

1. Declaro que os dados atrás preenchidos e apresentados são verídicos e correctos e estou ciente de que a prestação de falsas declarações incorre em responsabilidade criminal.
2. Dou consentimento ao IAS para proceder à confirmação de todos os dados preenchidos no presente impresso junto das respectivas entidades empregadoras.

Assinatura do requerente: _____

Data do preenchimento do impresso: _____Dia_____Mês_____Ano

De acordo com a Lei n.º8/2005 que define a “Lei da Protecção de Dados Pessoais”: (1) Os dados pessoais prestados no presente impresso serão utilizados apenas para o tratamento do pedido; (2) Para o cumprimento das obrigações legais, os dados atrás referidos podem ser encaminhados a outras entidades competentes; (3) O requerente tem o direito de, segundo a lei, proceder ao pedido de consulta dos dados pessoais arquivados no IAS, bem ainda à rectificação e actualização desses mesmos dados.

Campo de uso exclusivo do IAS

Análise dos documentos apresentados:

- Recebidos todos os documentos (Acompanhado de uma mensagem a emitir ao telemóvel para confirmação da recepção total dos documentos)
- Necessidade da entrega de documentos em falta (Acompanhado de uma mensagem de lembrete a emitir ao telemóvel)

Assinatura do responsável: _____

N.º do trabalhador: _____

Data de recepção do pedido: _____Dia____Mês____

Ano