

Documentação a entregar para verificação dos requisitos necessários para a constituição da relação jurídica de emprego público:

- Bilhete de identidade ou cartão do cidadão
- Número identificação fiscal
- Nº beneficiário da CGA e/ou SS
- Declaração de opção pela inscrição na ADSE
- Declaração de inexistência de incompatibilidade para o exercício das funções que vão desempenhar
- Registo criminal, em como não estão inibidos para o exercício das funções públicas ou interditos para o exercício das funções que vão desempenhar
- Declaração de que possuem robustez física para o exercício das funções
- Prova do cumprimento das leis de vacinação obrigatória – boletim de vacinas.
- Ficha individual que se anexa.
- Número de conta bancária – IBAN e SWIFT
- Registo biográfico actualizado

Reforma da Administração Financeira do Estado

Boletim de Identificação do Fornecedor

Número de Contribuinte:	<input type="text"/>
Código da Repartição de Finanças:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>
Localidade:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/> <input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Contacto:	<input type="text"/>

Número de Identificação Bancária

N.I.B.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DUC - Exclusivamente para Entidades Públicas com conta no IGCP

Ref:	<input type="text"/>
------	----------------------

Observações: _____

O Responsável,

Lisboa , _____ de _____ Abril _____ de 2013

FICHA BIOGRÁFICA

Nome Completo	<input type="text"/>		
Natural de: (freg.)	<input type="text"/>	Concelho de:	<input type="text"/>
Data de Nascimento	<input type="text"/>	Bilhete Identidade N°	<input type="text"/>
Arquivo de	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
N° da ADSE	<input type="text"/>	N° CGA	<input type="text"/>
		N° Contribuinte	<input type="text"/>
		SS	<input type="text"/>

Residência no Estrangeiro:

Rua	<input type="text"/>		
CP	<input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
		TM	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		

Residência em Portugal:

Rua	<input type="text"/>		
CP	<input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		

Escola em Portugal

Nome	<input type="text"/>		
Rua	<input type="text"/>		
CP	<input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		

Conta Bancária

N° da conta :	<input type="text"/>
NIB	<input type="text"/>
Nome do Banco:	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
SWIFT CODE	<input type="text"/>

Data	<input type="text"/>
O/A Professor/a	

FICHA INDIVIDUAL

Nome completo _____		
Nº BI/CC _____	Data de Emissão / /	
Arquivo de Identificação _____	Validade / /	
Data de Nascimento / /	Estado Civil	
Deficiente. Sim ___ Não ___	Nacionalidade	
Naturalidade		
Nome do Pai		
Nome da Mãe		
Morada		
Localidade _____	Cód.Postal	
Telefone _____	ADSE	
Nº Contribuinte _____	Código Rep.Finanças	
NIB _____	CGA/SS	
Email		
Habilitações Literárias		
Serviço Origem		
Categoria _____	Escalão/Posição _____	Índice/Nível _____
Categoria/Cargo		
Serviço onde é colocado		
Datas de Ingresso:		
Função Pública: / /	Carreira: / /	Categoria: / /
Descendentes:		
Nome: _____	Data Nascimento	/ /
Nome: _____	Data Nascimento	/ /
Nome: _____	Data Nascimento	/ /

Lisboa, / /

Assinatura

(Minuta 1)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador do BI/CC nº _____, válido até ___/___/_____, ao ser nomeado/contratado como professor/leitor do ensino português no estrangeiro em _____, declaro que opto pela inscrição (ou manutenção da inscrição) na ADSE.

Data

Assinatura

(Mínuta 2)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador do BI/CC nº _____, válido até ____/____/____, natural de _____, de nacionalidade _____, nascido em ____/____/____, residente em _____, declaro sob compromisso de honra que não exerço qualquer outro cargo ou função nos serviços da Administração Pública central, regional ou local, nem fico abrangido(a) por quaisquer disposições legais relativas a incompatibilidades e impedimentos, ao ser nomeado em comissão de serviço para o cargo de leitor/professor.

Data

Assinatura

(Mínuta 3)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador do BI/CC nº _____, válido até ___/___/_____, natural de _____, de nacionalidade _____, nascido em ___/___/_____, residente em _____, declaro sob compromisso de honra que possuo a robustez física e o perfil psíquico necessários para o desempenho das funções inerentes ao cargo de leitor/professor.

Data

Assinatura



MINISTERIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
Direcção-Geral de Protecção Social dos Funcionários e Agentes da Administração Pública

REQUERIMENTO DE FORMULÁRIO E106

Nos termos dos Regulamentos Comunitários aplicáveis, solicito da ADSE a emissão do FORMULÁRIO E106, de acordo com os elementos por mim indicados nos respectivos campos 1 a 4 e pelo serviço processador dos meus vencimentos no campo 5.

1.	<input type="checkbox"/> só para o titular	<input type="checkbox"/> para o titular e para o(s) familiar(es)
2. ELEMENTOS IDENTIFICATIVOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR		
2.1. NÚMERO (como consta do cartão)	
2.2. NOME (como consta do cartão)	
2.3. NÚMERO DO BILHETE DE IDENTIDADE	
2.4. DATA DE NASCIMENTO - -	
2.5. MORADA (no território nacional)	
	Código Postal	
2.6. MORADA (no estrangeiro)	
3. ELEMENTOS IDENTIFICATIVOS DOS BENEFICIÁRIOS FAMILIARES		
3.1. NÚMERO (como consta do cartão)	
3.2. DATA DE NASCIMENTO - -	
3.3. NOME (como consta do cartão)	
3.4. NÚMERO (como consta do cartão)	
3.5. DATA DE NASCIMENTO - -	
3.6. NOME (como consta do cartão)	
3.7. NÚMERO (como consta do cartão)	
3.8. DATA DE NASCIMENTO - -	
3.9. NOME (como consta do cartão)	
4. DATA A PARTIR DA QUAL REQUER O DIREITO ÀS PRESTAÇÕES DO SEGURO DE DOENÇA E MATERNIDADE:		

O Requerente,

5 DECLARAÇÃO DO SERVIÇO PROCESSADOR DOS VENCIMENTOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR
Para os devidos efeitos declaro que o funcionário deste Organismo acima identificado, exerce as funções de a) _____, em b) _____, residindo permanentemente no endereço indicado em 2.6., com os familiares indicados no campo 3 / sem familiares (riscar o que não interessa).
c) _____

- a) Indicar a categoria profissional ou especificar as funções;
b) Indicar o país e a localidade;
c) Identificar a entidade declarante e autenticar com carimbo a óleo ou selo branco.