|  |
| --- |
| **Formulário de Validação de** **Qualificação de Verificador SGSPAG** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **IDENTIFICAÇÃO DE VERIFICADOR** |
| **Nome Completo:** |
| **N.º de Verificador SGSPAG:**  |
| **N.º de identificação civil:** | **Data de validade:** |
| **Filiação:** |
| **Nacionalidade:** | **Naturalidade:** | **Data de Nascimento:**  |
| **Morada:**  |
| **Localidade:**  | **Código Postal:**  |
| **Telefone:**  | **E-mail:** | **NIF:** |
| **Candidato a qualificação de verificador SGSPAG agindo em nome próprio** **Candidato a qualificação de verificador SGSPAG agindo em nome de pessoa coletiva****Indique qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **☐****☐** |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **DADOS PARA FATURAÇÃO** |
| **Denominação ou Designação Social:**  | **NIF:**  |
| **Morada:**  |
| **Localidade:**  | **Código Postal:**  |
| **Telefone:**  | **E-mail:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Ações de Verificação efetuadas pela APA, I.P.**  |
| **Foi alvo de alguma auditoria de testemunho presencial ou documental?**  |
| **Se sim, indique as datas da mesma, e junte ao presente formulário o respetivo relatório emitido pela APA, I.P.**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **Relatório Anual de Atividade:**  |
| **1.º Relatório enviado para a APA, I.P. a (indique a data e anexe o respetivo relatório ao presente formulário):**  |
| **2.º Relatório enviado para a APA, I.P. a (indique a data e anexe o respetivo relatório ao presente formulário):**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Encontro de Verificadores SGSPAG:**  |
| **Participou no último Encontro de Verificadores SGSPAG?****Se sim, indique a data e apense ao presente relatório o respetivo certificado de presença.**  |
| **Indique a classificação obtida no exercício teórico e/ou prático, do último Encontro de Verificadores SGSPAG:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O PROCESSO DE VALIDAÇÃO:**  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8** |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9** | **TERMO DE RESPONSABILIDADE** |
| **É da responsabilidade do signatário:****- a veracidade de todas as informações constantes do presente formulário de candidatura.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_****Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |