

INSTITUTO DE EMPREGO DA MADEIRA, IP-RAM

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA, IP-RAM

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

A preencher pelo Centro de Emprego

Nº de Utente _____

Data da receção ____ - ____ - ____

O Técnico de Emprego _____

A preencher pelo Candidato

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome _____

Endereço _____

Código Postal ____ - ____ - ____ Telefone _____ E-mail _____

BI / Cartão de Cidadão _____ emitido pelo Arq. de Identificação de _____ em ____ - ____ - ____

Data de Nascimento ____ - ____ - ____ Estado Civil _____ N. Contribuinte _____

Nº de Identificação da Segurança Social _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

Nome / Denominação _____

Atividade Principal (CAE) _____

Endereço / Sede _____

Código Postal ____ - ____ - ____ Telefone _____ E-mail _____

NIPC / NIF _____ Nº de Identificação da Segurança Social _____

Nome da Pessoa de Contacto _____ 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

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

(*) Junte ao presente formulário cópia do respetivo contrato de trabalho e declaração da ent. empregadora em mod. aprovado pelo IEM

4. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

O Subscritor declara:

- Ter conhecimento das condições e termos de atribuição do Apoio Financeiro, previsto na Portaria nº 161/2015 de 8 de Setembro;
- 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;
- A veracidade das informações prestadas neste formulário;
- Ter conhecimento que o IEM 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 _____