MUNICÍPIO DE TORRES NOVAS
CÂMARA MUNICIPAL

espaçointernet

A Preencher pelos serviços

N.Util:_____

Resp._____
Cartão: Sim [ ]

Ficha de Inscrição

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

BI:_____ **OU** N. Contrib._____ Outro_____

E-Mail:_____@_____ Desejo receber informação? S [ ] N [ ]

Data de Nascimento:_____/____/____ Contacto:_____

Concelho:_____ País_____

Profissão/ Ocupação:_____ Habilitações:_____

CARACTERIZAÇÃO

Faixa etária

Menos de 10 anos [ ] Dos 10 aos 19 anos [ ] Dos 19 aos 26 anos [ ]

Dos 26 aos 65 anos [ ] Mais de 65 anos [ ]

Nível de Conhecimento

Não necessita de Apoio [ ]
Necessita de apoio para certas tarefas [ ]
1º contacto com as novas tecnologias [ ]

Tipo de utilização do espaço

Pesquisa para trabalhos escolares [ ] Consulta de serviços públicos on-line [ ]

Pesquisa diversa [ ] Jogos [ ] Chat´s [ ]

Tipo de Frequência

Diária [ ] Semanal [ ] Ocasional [ ] Uma única vez [ ]

Declaro que li e aceito as normas de utilização e funcionamento do Espaço Internet da Câmara Municipal de Torres Novas

Assinatura:_____Data:____/____/____