



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu



FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DE PARCEIROS DO CLAST

CONSELHO LOCAL DE AÇÃO SOCIAL DE TAROUCA

Nome da Entidade:	_____																		
Morada:	_____																		
Código Postal:	_____ - _____	Freguesia:	_____																
Telemóvel:	_____	Telefone:	_____	Fax:	_____														
Email:	_____																		
N.º Identificação Fiscal:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											CAE:	_____						
N.º de Identificação d Segurança Social:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																		
Natureza Jurídica:	_____																		

Nome do representante da entidade efetivo no CLAS: _____ (Membro que estará presente nas reuniões de CLAST)
Cargo na Entidade Representada: _____
Telefone: _____ Fax: _____ Telemóvel: _____
Email: _____ (para se enviar documentação referente ao CLAS)
Nome do representante da entidade suplente no CLAS: _____ (Membro que irá substituir o representante efetivo nas suas faltas ou impedimentos)

Data: _____ / _____ / 20_____
Assinatura do Responsável da Entidade: _____

NOTA: Todos os campos são de preenchimento obrigatório.