# INQUÉRITO - RECRUTAMENTO DE CANDIDATOS A PROVADORES

**Informação Pessoal**

**Nome:**

**Género**: F **[ ]**  M **[ ]**  **Data de Nascimento:**   /  /

**Naturalidade (distrito - concelho):**      -

**Nacionalidade:**       **Número BI ou CC**       **Validade**   /  /

**NIF**

**Morada**

**Código Postal**     -    **Localidade**

**Estado civil:** casado(a) **[ ]**  solteiro(a) **[ ]** divorciado(a) **[ ]** viúvo(a) **[ ]** união de facto **[ ]**

**Tem filhos?** Não **[ ]**  Sim **[ ]**  **Se sim, quantos?** 1 **[ ]**  2 **[ ]**  3 **[ ]**  4 ou mais **[ ]**

**Telemóvel:**    **E-mail:**

**Habilitações literárias:** ensino básico – 1º ciclo **[ ]**  2º ciclo **[ ]**  3º ciclo **[ ]**  ensino secundário **[ ]**  Bacharelato/Licenciatura **[ ]**  Mestrado/Doutoramento **[ ]**

**Ocupação Profissional:**

**Situação profissional:** à experiência **[ ]**  contratado **[ ]**  desempregado **[ ]**  reformado **[ ]**  efetivo **[ ]** inativo **[ ]** part-time **[ ]**

**Informação Geral**

1. Tem conhecimento/experiência em Análise Sensorial? **Não[ ]  Sim [ ]**
2. Desagrada-lhe provar certos tipos de alimentos? **Sim [ ]  Não [ ]**
3. Tem alguma incompatibilidade relacionada com a realização de avaliações sensoriais? (ex. daltonismo, não detectar alguns cheiros, entre outros) **Sim [ ]  Não [ ]**
4. É intolerante a algum ingrediente/alimento? **Sim [ ]  Não [ ]**
5. É alérgico a algum ingrediente/alimento? **Sim [ ]  Não [ ]**
6. Existe algum alimento que não pode consumir por questões de saúde? **Sim [ ]  Não [ ]**
7. Encontra-se em dieta por motivos de saúde? **Sim [ ]  Não [ ]**
8. Neste momento, encontra-se em boas condições de saúde? (ex. Não estar engripado, extremo cansaço, sintomas de depressão, entre outros) **Sim [ ]  Não [ ]**
9. Está a tomar alguma medicação que poderá influenciar sobre a sua capacidade de perceber odores ou sabores? **Sim [ ]  Não [ ]**
10. Indique se possui: **a) Diabetes[ ]  b) Hipoglicemia[ ]  c) Hipertensão [ ]  d) Colesterol Elevado [ ]  e) Gengivites [ ]**
11. Indique se possui: **a) Prótese Dentária [ ]  b) Aparelho Dentário Corretivo** **[ ]**
12. Tem algum hábito regular que possa influenciar na sua percepção sensorial? (ex. Fumar, beber café, mascar pastilha elástica, entre outros) **Sim [ ]  Não [ ]**
13. Indique a sua disponibilidade para participar nas provas de análise sensorial: **a) Segunda-Feira [ ]  b) Terça-Feira [ ]  c) Quarta-Feira [ ]  d) Quinta-Feira[ ]  e) Sexta-Feira[ ]  f) Disponibilidade total[ ]**

Obrigada pela vossa colaboração!

Data:

Assinatura:

(opcional no documento preenchido em computador)

Em documento acedido pela internet, depois de preenchido, deve ser enviado como anexo em formato PDF ou WORD para o endereço: **las-esa@ipb.pt**

O LAS observará o previsto na lei de proteção de dados pessoais (Lei nº 67/98 de 26 de Outubro, na redação atual.)