# 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.)