



SPOT



INML

**FORMULÁRIO**  
**SPOT – INML**  
**Pedido para treino em cadáver**

**Delegação - Gabinete de** \_\_\_\_\_  
Funcionário Responsável contactado \_\_\_\_\_

**Nome do sócio** \_\_\_\_\_  
N.º do sócio \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Telefones \_\_\_\_\_

Contacto alternativo  
Nome \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Telefones \_\_\_\_\_

**Disponibilidade**  
Dias da semana \_\_\_\_\_  
Horas do dia \_\_\_\_\_  
N.º de sessões previstas \_\_\_\_\_  
Período desejado: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Objectivo**  
\_\_\_\_\_

**Requisitos especiais** (por exemplo RX)  
\_\_\_\_\_

**Serviço - Instituição** \_\_\_\_\_  
**Director - Responsável** \_\_\_\_\_  
N.º sócio \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Telefones \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Assinatura** \_\_\_\_\_

**Direcção da SPOT**

**Data** \_\_\_\_\_ **Assinatura** \_\_\_\_\_