



Associação de Futebol do Porto

Conselho de Arbitragem

ÉPOCA 2016/2017

QUESTIONÁRIO

N.º Filiado

Nome: _____

Morada Fiscal: _____

Código postal - _____

Hab. Literárias: _____

Domínio de línguas: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

CONTACTOS:

Telem. _____ Emprego _____ Casa _____

E-MAIL (LETRA LEGÍVEL): _____

Empresa onde trabalha: _____

Patrão ou Empregado

Tem facilidade de actuar de 2ª a 6ª feira Sim Não À Tarde À Noite

Tem facilidade de atuar aos Sábados Sim Não

A partir de que horas: _____h_____

Tem facilidade de atuar aos Domingos Sim Não

A partir de que horas: _____h_____

Quais os Clubes da sua simpatia : _____

Tem familiares ou patrões a dirigir clubes Sim Não

Quais : _____

Tem Automóvel Sim Não

Indique outras informações que julgue convenientes:

Porto, ____ de _____ DE 20__

(Assinatura)

NOTA IMPORTANTE: deve devolver este questionário, o mais breve possível e devidamente preenchido.