



Região do Sul

REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE LICENÇA TEMPORÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM MEDICINA

- Preencher em Maiúsculas -

Nome Completo					
Nome Clínico					
Naturalidade		Nacionalidade		Data Nascimento	DD /MM / AAAA
BI/CC nº/ Passaporte		NIF			
Licenciatura/Faculdade		País		Data	DD /MM /AAAA
Requer autorização para a realização de estágio profissional:					
1) Ao abrigo do artigo 110.º-A dos EOM (médicos CPLP) <input type="checkbox"/>					
2) Ao abrigo do artigo 115º dos EOM (médicos comunitários) <input type="checkbox"/>					
3) Ao abrigo da deliberação do Conselho Nacional de 18 de outubro de 2021 (médicos não CPLP) <input type="checkbox"/>					
Estágio Profissional:	Período de	DD /MM /AAAA	a	DD /MM /AAAA	
Serviço			Hospital		
Orientador				Cédula	
<ul style="list-style-type: none">• Cópia do Diploma <input type="checkbox"/>• Prova de honorabilidade <input type="checkbox"/>• Cópia de cédula profissional <input type="checkbox"/> (não exigível a médicos comunitários)• Cópia do documento de identificação <input type="checkbox"/>• Registo Criminal <input type="checkbox"/>• Declaração de aceitação do estabelecimento/unidade <input type="checkbox"/>• Declaração de aceitação do orientador do estágio <input type="checkbox"/>• Programa do estágio <input type="checkbox"/>• Declaração em como tem assegurado meios de subsistência (estágios superiores a um ano) <input type="checkbox"/> (não exigível a médicos comunitários)• Declaração emitida pela entidade que concedeu a Bolsa <input type="checkbox"/> (apenas exigível a médicos não CPLP e não comunitários)					
Morada					
Localidade				Código Postal	-
Telefone		Telemóvel		E-mail	
Assinatura: _____ Data ____/____/____					

Autorizado
A Direção

Nº Cédula _____

Nº Inscrito _____