



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	<u>DD /MM /</u> <u>AAAA</u>
BI/CC nº/ Passaporte			NIF		
Licenciatura/Faculdade		País		Data	<u>DD /MM</u> <u>/AAAA</u>
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 da deliberação do Conselho Nacional de 18 de outubro de 2021 (médicos não CPLP) <input type="checkbox"/>					
Estágio Profissional: Período de	<u>DD /MM</u> <u>/AAAA</u>	a	<u>DD /MM</u> <u>/AAAA</u>		
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"/>• 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"/>• Declaração emitida pela entidade que concedeu a Bolsa <input type="checkbox"/> (apenas exigível a médicos não CPLP)					
Morada					
Localidade				Código Postal	-
Telefone		Telemóvel		E-mail	
Assinatura: _____			Data _____/_____/_____		

**Autorizado
A Direção**

Nº Cédula _____

Nº Inscrito _____