



**Região do Sul**  
**REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE LICENÇA TEMPORÁRIA PARA A**  
**REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM MEDICINA**  
**- Preencher em Maiúsculas -**

<b>Nome Completo</b>					
<b>Nome Clínico</b>					
<b>Naturalidade</b>		<b>Nacionalidade</b>		<b>Data Nascimento</b>	<u>DD /MM /</u> <u>AAAA</u>
<b>BI/CC nº/ Passaporte</b>			<b>NIF</b>		
<b>Licenciatura/Faculdade</b>		<b>País</b>		<b>Data</b>	<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"/>					
<b>Estágio Profissional: Período de</b>	<u>DD /MM</u> <u>/AAAA</u>	a	<u>DD /MM</u> <u>/AAAA</u>		
<b>Serviço</b>			<b>Hospital</b>		
<b>Orientador</b>				<b>Cédula</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do Diploma <input type="checkbox"/></li><li>• Prova de honorabilidade <input type="checkbox"/></li><li>• Cópia de cédula profissional <input type="checkbox"/></li><li>• Cópia do documento de identificação <input type="checkbox"/></li><li>• Registo Criminal <input type="checkbox"/></li><li>• Declaração de aceitação do estabelecimento/unidade <input type="checkbox"/></li><li>• Declaração de aceitação do orientador do estágio <input type="checkbox"/></li><li>• Programa do estágio <input type="checkbox"/></li><li>• Declaração em como tem assegurado meios de subsistência (estágios superiores a um ano) <input type="checkbox"/></li><li>• Declaração emitida pela entidade que concedeu a Bolsa <input type="checkbox"/> (<b>apenas exigível a médicos não CPLP</b>)</li></ul>					
<b>Morada</b>					
<b>Localidade</b>				<b>Código Postal</b>	-
<b>Telefone</b>		<b>Telemóvel</b>		<b>E-mail</b>	
Assinatura: _____			Data _____/_____/_____		

**Autorizado  
A Direção**

Nº Cédula \_\_\_\_\_

Nº Inscrito \_\_\_\_\_