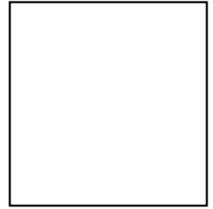




Região do Sul



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

Nome Completo					
Nome Clinico					
Naturalidade		Nacionalidade		Data Nascimento	DD /MM / AAAA
BI/CC nº/ Passaporte			NIF		
Licenciatura/Faculdade			Pais	Data	DD /MM /AAAA
Requer autorização para a realização de estágio profissional: 1) Ao abrigo do artigo 131º 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"><li>• Cópia do Diploma <input type="checkbox"/></li><li>• Prova de honorabilidade <input type="checkbox"/></li><li>• Cópia de cédula profissional <input type="checkbox"/> (não exigível a médicos comunitários)</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"/> (não exigível a médicos comunitários)</li><li>• Declaração emitida pela entidade que concedeu a Bolsa <input type="checkbox"/> (apenas exigível a médicos não CPLP)</li></ul>					
Morada					
Localidade				Código Postal	-
Telefone		Telemóvel		E-mail	
Assinatura: _____ Data _____ / _____ / _____					

Autorizado  
O Presidente do CRS

Nº Cédula \_\_\_\_\_

Nº Inscrito \_\_\_\_\_