

CARIMBO DE REGISTO DE ENTRADA NA
INSTITUIÇÃO (ACes/Departamento/Unidade)

DESPACHO (De acordo com a delegação de competências)

INSTITUIÇÃO/ACES

PARTICIPAÇÃO EM FORMAÇÃO EXTERNA

Despacho n.º 6411/2015 de 09 de Junho

Portaria 224-B/2015 de 29 de Julho

EQUIPARAÇÃO A BOLSEIRO

Decreto-Lei n.ºs 272/88, de 3/8 e 282/89 de 23/8

I – REQUERENTE

NOME: _____ N.º MECANOGRÁFICO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ SEXO: F M Nº DE TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

CATEGORIA: _____

CARREIRA: _____

RELAÇÃO JURÍDICA DE EMPREGO: _____

CARGO QUE EXERCE: _____

ÁREA E ANO DE INTERNATO OU ESTÁGIO (se for o caso): ÁREA: _____ ANO: _____

II – ACÇÃO FORMATIVA A FREQUENTAR (tipo)

CURSO SIMPÓSIO CONGRESSO
SEMINÁRIO ENCONTRO OUTRA

TÍTULO: _____

ENTIDADE PROMOTORA DA ACÇÃO FORMATIVA: _____

ENTIDADE QUE PATROCINA A DESLOCAÇÃO: _____

VALOR DO FINANCIAMENTO (em Euros): _____

OBJECTIVOS PRINCIPAIS: _____

TEMAS A TRATAR: _____

LOCALIDADE DE DESLOCAÇÃO (país ou estrangeiro): _____

DATAS DE INÍCIO E DE TERMO DA ACÇÃO FORMATIVA: de ___/___/20___ a ___/___/20___

DURAÇÃO TOTAL DO PERÍODO DE AUSÊNCIA: de ___/___/20___ a ___/___/20___ N.º Dias _____

MODALIDADE DA AUSÊNCIA: A TEMPO INTEIRO A TEMPO PARCIAL

___/___/20___

REQUERENTE

(assinatura obrigatória)

III – INFORMAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA UNIDADE FUNCIONAL (identificar a Unidade): _____

- Informação do interesse para serviço:

Cumprimento do Ponto 3 do Despacho n.º 6411/2015 (Resposta obrigatória):

a) FICA GARANTIDO O NORMAL FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS: Sim Não

b) FICA GARANTIDA PELOS SERVIÇOS A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INDIVIDUALMENTE MARCADOS AOS UTENTES OU POPULAÇÕES ASSISTENTES, MEDIANTE SUBSTITUIÇÃO DO TRABALHADOR, SEM QUALQUER AUMENTO DE ENCARGOS OU, A TÍTULO EXCECIONAL, ANTECIPAÇÃO OU ADIAMENTO CLINICAMENTE ACEITÁVEL DE QUALQUER AÇÃO JÁ PROGRAMADA. Sim Não

c) FICA GARANTIDO QUE NÃO ESTÁ AUSENTE DO SERVIÇO MAIS DO QUE 5 DIAS ÚTEIS CONSECUTIVOS: Sim Não*

d) FICA GARANTIDO QUE NÃO É AUTORIZADO MAIS DO QUE 10 DIAS ÚTEIS EM CADA MÊS DO CALENDÁRIO CIVIL: Sim Não*

e) FICA ASSEGURADA UMA DOTAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS NÃO INFERIOR A 2/3 DOS EFETIVOS DO SERVIÇO, OU METADE QUANDO O CONTINGENTE COMPREENDER APENAS DOIS ELEMENTOS: Sim Não

* Salvo por razões/interesse devidamente justificado: _____

Com despesas extraordinárias

Sem despesas extraordinárias

_____/_____/20__ - (a) _____

IV-INFORMAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO INTERNATO/ ESTÁGIO (interesse particular da deslocação para a formação do requerente)

Orientador do Internato

Coordenação/Direcção do Internato

_____/_____/20__ - (a) _____

_____/_____/20__ - (a) - _____

NOTA: De acordo com a Portaria n.º 224-B/2015 de 29 de Julho, Subsecção II

V – INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PESSOAL DA INSTITUIÇÃO (ACes/Departamento RH) (obrigatório)

REMUNERAÇÃO BASE: _____ €

VALOR TOTAL DA REMUNERAÇÃO CORRESPONDENTE AO PERÍODO DE AUSÊNCIA (vencimento/30 dias x n.º de dias concedido): _____ €

ÚLTIMA CGS OU EQUIPARAÇÃO A BOLSEIRO: de ____/____/20__ a ____/____/20__

APRESENTOU RELATÓRIO DA ÚLTIMA ACÇÃO FORMATIVA (em conformidade com o ponto 9 do Despacho n.º 6411/2015:) SIM NÃO

Nº DE DIAS GOZADOS NO ANO EM CURSO: _____

_____/_____/20__ - (a) _____

VI – PARECER DA INSTITUIÇÃO ONDE O REQUERENTE EXERÇA CARGO SECUNDÁRIO (no caso de acumulação de funções)

_____/_____/20__ - (a) _____

VII – PARECER / DESPACHO (DIRECTOR EXECUTIVO OU REPRESENTANTE ACES)

_____/_____/20__ - (a) _____

(a) Assinatura legível, com indicação do cargo ou função