

Reforço à Assistência Médica no Algarve de Verão
Despacho n.º 5079/2017 de 7 de junho
CANDIDATURA A MOBILIDADE

IDENTIFICAÇÃO ⁽¹⁾ (campos de preenchimento obrigatório)

NOME

MORADA

(Indicar a morada fiscal)

CÓDIGO POSTAL - LOCALIDADE

CONTACTOS TELEFÓNICOS -

CC N.º VALIDADE - -

N.º CONTRIBUINTE BENEFICIÁRIO CGA/SS

NIB: - - -

DADOS PROFISSIONAIS (campos de preenchimento obrigatório)

VINCULO LABORAL _____

CATEGORIA PROFISSIONAL _____ REGIME DE TRABALHO

LOCAL DE TRABALHO DE ORIGEM _____

ESPECIALIDADE _____

CANDIDATURA (campos de preenchimento obrigatório)

CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE 1. Unidade de Faro
(Assinalar com um X conforme o interesse/disponibilidade)

2. Unidade de Portimão

CENTROS DE SAÚDE 1. Aces Central
(Assinalar com um X conforme o interesse/disponibilidade)

2. Aces Barlavento

3. Aces Sotavento

DISPONIBILIDADE PARA A MOBILIDADE:

<input type="checkbox"/>	JUNHO	de	_____	a	_____	N.º Horas / semana	_____
<input type="checkbox"/>	JULHO	de	_____	a	_____	N.º Horas / semana	_____
<input type="checkbox"/>	AGOSTO	de	_____	a	_____	N.º Horas / semana	_____
<input type="checkbox"/>	SETEMBRO	de	_____	a	_____	N.º Horas / semana	_____

(Declaro ser verdadeira a informação prestada)

DATA - - ASSINATURA _____

(1) Anexos:

- a) Fotocópia do Cartão do Cidadão;
- c) Fotocópia da Cédula Profissional;
- c) Documento contendo o n.º de identificação bancária;

Nota: Depois de preenchido o presente formulário, deverá ser enviado para : ramadv@arsalgarve.min-saude.pt