

ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS À FIXAÇÃO E CAPTAÇÃO DE MÉDICOS NO CONCELHO DA SERTÃO

Livro de registo:

Reg. Ent. n.º:

Processo n.º:

Registado em:

O Trabalhador:

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara Municipal

REQUERENTE

Nome:

Domicílio/Sede:

Nº:

Lote, andar, etc.:

Código Postal:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

NIF/NIPC:

BI/CC:

Passaporte:

Válido até:

Estado Civil:

Profissão:

Telefone:

Telemóvel:

Fax:

E-mail:

Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT):

NOTIFICAÇÕES/COMUNICAÇÕES

Mais **consente** que as notificações/comunicações do município lhe sejam feitas via:

☐ Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT)

☐ Telefone

☐ Email

Não obstante, as notificações/comunicações por via postal deverão ser enviadas para a seguinte

morada: ☐ Requerente ☐ Outra morada (por favor, indique):

Domicílio/Sede:

Nº:

Lote, andar, etc.:

Código Postal:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

PEDIDO

Vem requerer a V. Exa que seja analisado o presente pedido de atribuição de incentivos à fixação e captação de médicos no concelho da sertão.

MODALIDADES DE INCENTIVOS

☐ Modalidade A - Medicina Geral e Familiar

☐ Modalidade B – Medicina de Clínica Geral – SAP

☐ Modalidade C – Prestação de serviços

SITUAÇÃO CONTRATUAL

Vínculo de emprego público:

☐ Não

☐ Sim. Qual?

Contrato de prestação de serviços com a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E.

☐ Não ☐ Sim. Duração?

DOCUMENTOS A ENTREGAR

Para o efeito, junta os documentos que se elencam:

- ☐ Documento de Identificação do requerente;
- ☐ Declaração, sob compromisso de honra, da veracidade dos elementos constantes da candidatura;
- ☐ Declaração emitida pela Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E. E., ou documento juridicamente bastante, comprovativo do vínculo ou do contrato de prestação de serviços, da unidade ou serviço onde o candidato exerce ou irá exercer funções, da modalidade aplicável, do regime ou carga horária aplicável e da data de início de funções;
- ☐ Comprovativo do IBAN da conta titulada pelo candidato;
- ☐ Certidões comprovativas da situação tributária e contributiva do candidato;
- ☐ Documento comprovativo de que o exercício de funções por médico aposentado ou reformado é legalmente admissível e, quando exigível, devidamente autorizado (quando aplicável).
- ☐ Outros:

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos efeitos que as Informações aqui prestadas são verdadeiras e autorizo os serviços da Câmara Municipal da Sertão a efetuar as averiguações necessárias à análise deste pedido.

OBSERVAÇÕES

Sertão,

O Requerente,

(Assinatura do requerente)