|  |  |
| --- | --- |
|  | Ex.mo Senhor. |
|  | Diretor de Internato Médico do |
|  | ……………………………………………………………………………………………………….. |
|  | ………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSUNTO:** | **REAFECTAÇÃO POR PERDA DE IDONEIDADE** |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

|  |
| --- |
| médico interno do …….º ano da formação especializada em **………………………………………………………………………….**  colocado pelo concurso IM-**………...** no (Instituição) **………………………………………………………………….………………………**,  vem por este meio manifestar a V. Ex.ª as suas prioridades de reafetação em virtude do seu serviço de colocação ter perdido a capacidade formativa/ idoneidade para a formação especializada   1. **…………………………………………………………………………………………………………………** 2. **…………………………………………………………………………………………………………………** 3. **…………………………………………………………………………………………………………………..** |

Este meu pedido fundamenta-se no previsto no Artigo 49º do Regulamento do Internato Médico.

Com os melhores cumprimentos,

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………..….., …….-…….-20….. | …………………………………………………………………………………......... |
|  | (assinatura)  Cédula Profissional da Ordem dos Médicos n.º **………………….** |