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

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSUNTO:** | **PEDIDO DE SUSPENSÃO DE FORMAÇÃO NO INTERNATO MÉDICO** |

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO** |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| InternatoMédico |  **…..**º ano da Formação Especializada em **…………………………………………………………………………………** |

|  |
| --- |
| colocado pelo concurso IM-**………...** no (Instituição) **………………………………………………………………….………………………**,vem por este meio requerer a V. Ex.ª os procedimentos necessários à suspensão da formação no internato médico pelo período compreendido entre [**Data inicial – .…/…./……..**] a **[data final …./…./……..]** baseado no seguinte motivo de interesse público: **……………………………………………………………………………………………………****………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**permitindo-me anexar os documentos infra referidos.Nesta circunstância, e de acordo com o Regulamento de Internato Médico em vigor, esta suspensão implica um pedido de compensação de internato médico [COM/SEM] previsão de alteração da data de conclusão do programa de internato. O pedido de compensação, assim como o pedido de acesso a época de avaliação final seguinte será por mim requerida oportunamente de acordo com art.º. 62º e 65º. Da mesma forma, e se esta suspensão de formação for deferida, comprometo-me a confirmar o meu reingresso apresentando uma comunicação dirigida ao Director de Internato Médico com conhecimento ao director de serviço e director de recursos humanos com uma antecedência mínima de 30 dias  |

 Este meu pedido fundamenta-se no previsto no Artigo 42º do Regulamento do Internato Médico.

 Pede deferimento

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Anexos: |  - **……………………………………………………………………………………………………………………………** |
|  |  - **……………………………………………………………………………………………………………………………** |
|  |  - **……………………………………………………………………………………………………………………………** |