Exma. Senhora

Presidente do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. Av. Rainha D. Amélia, s/n 6301-857 Guarda

			(ı	nome), n	ascido/a em _	_//	_, sexo, _	,	de	
nacior	nalidade	,	portador/a	do núme	ro de identific	ação civil			_ e	
número de identificação fiscal _			, residente em					_ Localida	ade	
	,Código	Postal _		, Tele	móvel n.º		_, endere	ço eletrón	ico	
para	notificações,	no	âmbito	do	presente	proced	imento	concur	sal	
	que se digne ad									
	amento de pessoal n	-	_			•	•			
psiqui	atria da infância e da	a adoleso	cência, abert	o pelo A	viso (extrato) n	ı.° 11398/2	.025/2, de	: 05 de ma	io.	
Para o	s devidos efeitos, an	exa os s	eguintes doc	umentos:						
_	Documentos comp	rovativos	de cada um	dos requ	isitos de admi:	ssão exigid	os, design	adamente	os	
	relativos ao nível h	nabilitaci	onal e à área	a de form	ação académio	ca ou profis	ssional;			
_	Documento compre	ovativo c	la posse do g	rau de es	specialista ou o	de sub espe	ecialista e	m psiquiat	ria	
	da infância e da ac	dolescên	cia;							
_	 Documento comprovativo de inscrição na Ordem dos Médicos; 									
_	- Curriculum vitae que, embora obrigatoriamente elaborado em modelo europeu, proceda a uma									
	descrição das ativi	dades de	esenvolvidas,	devidam	ente datado e	assinado;				
_	Declaração compr	ovativa	da natureza	do vínc	ulo e estabele	ecimento d	ou serviço	em que	se	
	encontra a exerce	r funções	e da época	em que f	oi concluída a	formação r	médica es	pecializad	a;	
_	Outro(s) document	.o(s):								
Declar	ra que, não se encont	tra inibid	lo/a ou inter	dito/a pa	ra o exercício	de funções	a que se	propõe. [
Mais d	eclara que, são verd	adeiros o	os factos con	tantes da	sua candidatı	ıra.				
Na qua	alidade de candidato	/a, decla	ara, dar de fo	orma livro	e e informada,	o seu cons	entiment	o para que	as	
comur	nicações ao abrigo do	present	e procedime	nto sejam	n realizadas pa	ra o endere	eço eletró	nico indica	ado	
neste	requerimento, bem	como, p	ara que os s	eus dado	s pessoais sej	am tratado	os, exclusi	ivamente,	no	
âmbite	o do procedimento c	oncursal	na Unidade	Local de	Saúde da Guar	da, E.P.E		[
Pede o	deferimento,									
		_								

(Assinatura)