

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

_____ (nome), nascido/a em __/__/____, sexo _____,
de nacionalidade _____, portador/a do número de identificação fiscal _____,
residente em _____ Localidade _____, Código Postal _____ - _____,
Telemóvel n.º _____, endereço eletrónico para notificações, no âmbito do presente
procedimento concursal _____@_____, vem pelo
presente, requerer a V/Ex.^a que se digne admiti-lo/a ao Procedimento concursal comum conducente ao
recrutamento de pessoal médico para a categoria de assistente graduado sénior de neurologia, da
carreira médica e da carreira especial médica, aberto pelo Aviso n.º 20012/2025/2, de 08 de agosto.

Para os devidos efeitos, anexa os seguintes documentos:

- Documento comprovativo da posse do grau de consultor em neurologia, com referência à classificação quantitativa obtida;
- Declaração comprovativa da situação/vínculo profissional, onde conste obrigatoriamente a carreira/categoria que integra, o respetivo posicionamento remuneratório e o tempo de serviço prestado na categoria de Assistente Graduado;
- Documento comprovativo de inscrição na Ordem dos Médicos;
- Cinco exemplares do curriculum vitae que embora elaborado em modelo europeu, proceda a uma descrição das atividades desenvolvidas, devidamente datados e assinados;
- Cinco exemplares do plano de gestão clínica de um serviço ou unidade de especialização do candidato a apresentar nos termos referidos na alínea anterior para discutir na prova prática.
- Outro(s) documento(s): _____

Declara que, não se encontra inibido/a ou interdito/a para o exercício de funções a que se propõe. ☐

Na qualidade de candidato/a, declara, dar de forma livre e informada, o seu consentimento para que as comunicações ao abrigo do presente procedimento sejam realizadas para o endereço eletrónico indicado neste requerimento, bem como, para que os seus dados pessoais sejam tratados, exclusivamente, no âmbito do procedimento concursal na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.. ☐

Pede deferimento,

(Assinatura)