



SINDICATO DOS MÉDICOS DO NORTE

A preencher pelos serviços

ASSOCIADO/A N.º

FORMA DE INSCRIÇÃO:

EMAIL:

CORREIO:

PRESENCIAL:

O/A FUNCIONÁRIO/A

PREENCHA EM MAIÚSCULAS E ENVIE A FICHA PARA O MAIL@SINDICATOMEDICOSNORTE.PT OU PARA A MORADA: RUA FARIA GUIMARÃES, 718, 3º ANDAR - 4200-289 PORTO

NOME COMPLETO:

NOME PROFISSIONAL

N.º DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL (BI/CC)

N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

N.º DE CÉDULA (ORDEM DOS MÉDICOS)

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

SEXO

MASCULINO

FEMININO

MORADA

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDADE

CONCELHO

DISTRITO / ILHA / PAÍS

TELEFONE/ TELEMÓVEL

E-MAIL

INSTITUIÇÃO

MORADA

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDADE

CONCELHO

DISTRITO / ILHA / PAÍS

TELEFONE

TELEMÓVEL

E-MAIL

ANO DE LICENCIATURA

FACULDADE / ESCOLA

ÁREA

HOSPITALAR EM: _____

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

SAÚDE PÚBLICA

MEDICINA DO TRABALHO

MEDICINA LEGAL

ESPECIALIDADE _____ EM: _____

EM: _____

EM: _____

EM: _____

EM: _____

INTERNO DE FORMAÇÃO GERAL

ESPECIALISTA EM: _____

INTERNO DE FORMAÇÃO ESPECIALIZADA

CONSULTOR EM: _____

CLÍNICO GERAL

35 HORAS SEMANAIS

ASSISTENTE

40 HORAS SEMANAIS

ASSISTENTE GRADUADO

42 HORAS SEMANAIS

ASSISTENTE GRADUADO SÉNIOR

OUTRO

DATA

ASSINATURA (preencha com a assinatura digital ou imprima e assine manualmente)

DESCRIÇÃO

CONTATOS

LOCAL DE TRABALHO

SITUAÇÃO E/OU CATEGORIA

GRAU

REGIME

VÍNCULO

