**CARREIRA MÉDICA**

**DECLARAÇÃO DE INDISPONIBILIDADE**

**PARA A PRESTAÇÃO DE TRABALHO SUPLEMENTAR**

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Presidente do Conselho de Administração**

**Da Unidade Local de Saúde (…), E.P.E.**

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Presidente do Conselho de Administração**

**Do Instituto Português de Oncologia de (…), E.P.E.**

**(Nome completo)**, (categoria profissional[[1]](#footnote-1)), de (especialidade), da carreira médica, vinculado(a) a essa(e) (Unidade Local de Saúde/Instituto Português de Oncologia), por contrato individual de trabalho sem termo, associado(a) n.º (…) do Sindicato dos Médicos da/o (…), titular da cédula profissional n.º (…), vem, pela presente Declaração, manifestar a sua indisponibilidade para, no corrente ano de 2025, prestar todo e qualquer trabalho suplementar para além do limite máximo anual de 150 horas, conforme legalmente determinado no artigo 228.º, n.º1, alínea b), do Código do Trabalho.

Em face de tal indisponibilidade, uma vez atingido o referido limite máximo de 150 horas, não deverá ser determinada a prestação, ao(à) Declarante, de qualquer trabalho suplementar no âmbito do Serviço de Urgência, Interna e Externa, das Unidades de Cuidados Intensivos, das Unidades de Cuidados Intermédios e de outras Unidades Funcionais similares ou Equiparadas.

A presente Declaração produzirá efeitos a partir do décimo dia subsequente à data da sua emissão.

(Local), (Data)

O(A) Trabalhador(a) Médico(a)

(Assinatura)

1. Assistente, Assistente graduado ou Assistente graduado sénior. [↑](#footnote-ref-1)