**INTERNATO MÉDICO**

**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)**, médico(a) interno(a), a frequentar o (…).º ano da formação especializada em (…), vinculado(a) a essa(e) (Unidade Local de Saúde/ Instituto Português de Oncologia), por contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo incerto, com o número mecanográfico (…), 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 anual máximo de 150 horas, conforme legalmente determinado no artigo 228.º, n.º1, alínea b), do Código do Trabalho e no artigo 120.º, n.º 2, alínea a), da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.

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) Interno(a)

(Assinatura)