**Exmo. Senhor.**

**Presidente do Conselho de Administração**

**(Nome completo)**, médico/a, (categoria profissional), de (especialidade), com o número mecanográfico (…), vinculado à V/Instituição por ……… (modalidade contrato), a desempenhar funções no serviço ……… vem, pela presente, requerer a atribuição de regime de tempo parcial com redução para as 36 horas, e com efeitos após 30 dias da presente data.

(local), \_\_/\_\_/\_\_

**O/a Médico/a**