



SINDICATO DOS MÉDICOS DO NORTE

A preencher pelos serviços

Associado/a N.º

Forma de Inscrição:

☐ Email☐ Correio☐ Presencial

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 (BIC/CC):

N.º Identificação Fiscal (NIF):

N.º Cédula (Ordem dos Médicos):

Data de Nascimento:

Nacionalidade:

Género:

☐ Masculino☐ Feminino☐ Prefiro não identificar

Ano de Licenciatura/Mestrado Integrado:

Faculdade/Escola:

Morada:

País:

Código Postal:

Distrito:

Concelho:

Freguesia:

Telefone:

Email:

Qual a ULS/IPO a que pertence:

Nome da Instituição/Unidade onde trabalha:

N.º. Mecanográfico:

Área:

Especialidade:

Ano da Especialidade:

Situação e /ou Categoria Principal

- ☐ Interno de Formação Geral
- ☐ Interno de Formação Especializada
- ☐ Clínico Geral
- ☐ Assistente
- ☐ Assistente Graduado
- ☐ Assistente Graduado Sénior
- ☐ Prestação de Serviços
- ☐ Outro

Grau

- ☐ Especialista Em:
- ☐ Consultor Em:

Vínculo

- ☐ CIT Em:
- ☐ CTFP Em:
- ☐ Prestação de Serviços

Regime

- ☐ Geral - 40H Semanais
- ☐ Dedicção Plena [Horas](#)
- ☐ Dedicção Exclusiva - 42H Semanais
- ☐ Dedicção Exclusiva - 35H Semanais
- ☐ Tempo Completo - 35H Semanais
- ☐ Tempo Parcial [Horas](#)
- ☐ Outro [Horas](#)

Data:

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

Descrição

Contactos

Área