

Exm<sup>a</sup>. Senhora

Presidente do Conselho de Administração do

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Nome: \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_, filho(a) de \_\_\_\_\_

e de \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_

nascido(a) a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação nº \_\_\_\_\_,

válido até \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, contribuinte fiscal n.º \_\_\_\_\_, residente (rua, localidade e código postal) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, com o telefone e/ou telemóvel nº \_\_\_\_\_, e endereço de correio eletrónico \_\_\_\_\_,

vem respeitosamente solicitar a V. Ex<sup>a</sup> se digne aceitar a sua candidatura ao processo de aquisição de serviços médicos da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, pelo que junta para o efeito:

- a) Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão ou equivalente legal;
- b) Fotocópia da Cédula Profissional, frente e verso (cópia da entidade onde se encontra a frequentar o Internato, quando aplicável);
- e) Um exemplar do Curriculum Vitae em formato modelo europeu.

Para os devidos efeitos, declara que toma conhecimento que, caso de a respetiva candidatura seja aceite, antes do início da atividade deverá efetuar a apresentação da documentação abaixo indicada:

- a) Comprovativo do Seguro de Responsabilidade Civil no valor mínimo de €300.000,00
- b) Comprovativo do Seguro de Acidentes de Trabalho (Profissionais Independentes)
- c) Comprovativo de não dívida à Segurança Social e de não dívida às Finanças
- d) Autorização de Acumulação de Funções e Declaração em como não se não encontra dispensado do trabalho noturno e/ou dispensado do trabalho no Serviço de Urgência (aplicável apenas a candidatos vinculados a outros organismos do S.N.S.).

Pede deferimento,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
(assinatura)