

**FICHA DE CANDIDATURA A ORIENTADOR / DADOS DE PRÉ-SELECÇÃO**

<b>Nome</b>	
-------------	--

<b>Nome Clínico</b>	
---------------------	--

<b>Data de nascimento</b>	/ /	(dia/mês/ano)
---------------------------	-----	---------------

<b>Ano de Licenciatura</b>	
----------------------------	--

<b>Escola / Faculdade de</b>	
------------------------------	--

<b>Formação como especialista</b>	<b>Internato</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/> <b>FEE</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>
	<b>Ano</b> <b>Local</b>
	<b>Classificação -</b>

<b>Inscrição no Colégio de MGF</b>	<small>sim</small> <input type="checkbox"/> <small>não</small> <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

<b>Qualificação profissional</b>	<b>GRAU: Especialista</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>
	<b>Consultor</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>
	<b>CATEGORIA: Assistente</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>
	<b>Assistente Graduado</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>
	<b>Assistente Graduado Sénior</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>

<b>Local de trabalho</b>	
--------------------------	--

<b>Vínculo laboral</b>	
------------------------	--

<b>Actividades</b>	<b>Consulta Adulto</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>	<b>Consulta S. Infantil e Juvenil</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>
	<b>Consulta S. Reprodutiva</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>	<b>Consulta Domiciliária</b> <small>sim</small> <input type="checkbox"/>
	<b>Outras</b> (designar)	

<b>Outros elementos</b>	<b>Dimensão da lista de utentes atribuída:</b>
	<b>Horário semanal (nº de horas) na unidade de saúde:</b>
	<b>Número de dias de presença semanal na unidade de saúde:</b>
	<b>Base de dados do Registo Clínico</b> (descrever)

**Data** / / (dia/mês/ano)

**Assinatura** \_\_\_\_\_