

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

_____ ° Grupo

Direcção de Internato _____

Director de Internato _____ Orientador _____

ACES _____

CENTRO de SAÚDE _____ UCSP USF _____

Vaga: Normal x Preferencial

Nome _____

Data de nascimento ____ / ____ / _____

Nome Clínico: _____ Cédula Profissional nº _____

1. Contactos

Morada/Residência _____

C.P. _____ - _____ Localidade _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

E - mail: (legível) _____

2. Identificação

Nacionalidade: _____

Bilhete de Identidade Nº _____ Emitido em: ____ / ____ / _____

NIF _____

ADSE nº _____ Nº utente SNS _____

3. CURSO DE MEDICINA

Ano de Licenciatura _____

Escola Médica: _____

Média Final do Curso: _____

4. Classificação da Prova de Seriação: _____%

5. ANO COMUM (Data de início e conclusão, locais)

____ / ____ / _____ a ____ / ____ / _____

Centro Hospitalar/Hospital _____

ACES/Centro de Saúde _____

6. Experiências profissionais anteriores (Cursos incluídos), datas de início e termo:

_____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
_____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
_____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
_____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

7. Interesses especiais de âmbito profissional:

8. Interesses especiais na vida não profissional:

9. Aquisições pessoais importantes que espera conseguir com a realização deste Internato

(Indique pelo menos três):

10. Outros dados que julga relevantes:

11. Informação Complementar

Possui computador pessoal ? Sim Não

Assinatura (igual à do B.I.): _____

Assinatura utilizada na Clínica (igual à do cartão da O.M.): _____

RUBRICA: _____

Comprometo-me a enviar para a Direcção de Internato quaisquer alterações aos dados de identificação e contacto aqui registados.

DATA: ____ / ____ / ____

RUBRICA: _____