



1

B O O T C A M P U R G Ê N C I A S P E D I Á T R I C A S

destinatários: **médicos internos** de pediatria, de medicina geral e familiar e do ano comum



início 3 1 / 0 3 / 2 0 1 7

fim 3 1 / 0 3 / 2 0 1 7

2

IDENTIFICAÇÃO DO FORMANDO

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ - _____

TELEMÓVEL _____ TELEFONE _____ FAX _____

E-MAIL _____

DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____ IDADE ____

NACIONALIDADE _____ NACIONALIDADE _____

BI N.º _____ EMITIDO EM ____ / ____ / ____ AI _____

ou CC N.º _____ VÁLIDO ATÉ ____ / ____ / ____ NIF _____

BI ~ bilhete de identidade / CC ~ cartão de cidadão

3

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

1º CICLO 3º CICLO BACHARELATO _____

2º CICLO SECUNDÁRIO LICENCIATURA _____

OUTRO _____

4

DADOS PROFISSIONAIS

INSTITUIÇÃO _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ - _____

TELEFONE _____ FAX _____ EXTENSÃO TELEFÓNICA _____

GRUPO PROFISSIONAL _____

SERVIÇO _____

CATEGORIA _____

VENCIMENTO BASE MENSAL € ____ . ____ , ____ VÍNCULO _____

5

ASSINATURA DO FORMANDO PROPOSTO

____ / ____ / ____
DATA

ASSINATURA:

6

PARECER DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO

Autoriza dispensa de serviço SIM NÃO ____ / ____ / ____
DATA

ASSINATURA:

AUTENTICAR COM CARIMBO OU SELO BRANCO

7 **INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA ANÁLISE DA CANDIDATURA**

7.1 CONSIDERA QUE A FREQUÊNCIA DESTA AÇÃO DE FORMAÇÃO IRÁ CONTRIBUIR PARA UM MELHOR DESEMPENHO DAS SUAS FUNÇÕES?

SIM NÃO

PORQUÊ?

7.2 QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS RELATIVAMENTE À AÇÃO DE FORMAÇÃO

7.3 FUNÇÕES QUE DESEMPENHA

7.4 FORMAÇÃO ANTERIOR NO MESMO DOMÍNIO

7.5 OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES

8 **RESERVADO AO GABINETE DE FORMAÇÃO**

RECEBIDO EM / / POR _____ INSCRIÇÃO N.º

ADMITIDO NÃO ADMITIDO AVISADO EM / /
DATA

OBSERVAÇÕES:

RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO:

/ /
DATA

Preencher todos os campos, sob pena de exclusão | enviar para: Gabinete de Formação / Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE
Largo Senhor da Pobreza / 7000-811 Évora | telefone 266 740 102 ~ extensões 1217 / 1219 ~ fax 266 740 117 | sec.formacao@hevora.min-saude.pt

