



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