



Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Telemóvel:

Endereço de correio eletrónico

## 2. NÍVEL HABILITACIONAL

Assinale o quadrado apropriado:

**01** Menos de 4 anos de escolaridade

**02** 4 anos de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico)

**03** 6 anos de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)

**04** 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)

**05** 12.º ano (ensino secundário) ou Curso tecnológico /profissional/ outros (nível III ou IV)

**06** Curso de especialização tecnológica (nível V)

  
  
  
  
  

**07** Bacharelato

**08** Licenciatura

**09** Pós-graduação

**10** Mestrado

**11** Doutoramento

  
  
  
  

2.1 Identifique o curso e/ou área de formação:

2.2 Indique cursos de pós-graduação, mestrado ou doutoramento:

## 3. SITUAÇÃO JURÍDICO/ FUNCIONAL DO TRABALHADOR

3.1 Titular de vínculo de emprego público?

Sim

Não

3.2- Em caso negativo passe diretamente ao ponto 4. deste formulário.

Em caso afirmativo, especifique qual a sua situação:

3.2.1- Nomeação	Definitiva	
	A termo resolutivo certo	
	A termo resolutivo incerto	
3.2.2- Contrato	Por tempo indeterminado	
	A termo resolutivo certo	
	A termo resolutivo incerto	

<b>3.2.3- Situação profissional atual</b>	<b>Em exercício de funções</b>	
	<b>Em licença</b>	
	<b>Outra</b>	

**3.3 Órgão ou serviço onde exerce ou, por último, exerceu funções:**

---

**3.4 Carreira e categoria detidas:**

---

**3.5 Atividade exercida ou que, por último, exerceu no órgão ou serviço:**

---

**3.6 Posição e nível remuneratório detidos:**

---

#### **4. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FUNÇÕES EXERCIDAS**

**4.1 Funções exercidas, diretamente relacionadas com o posto de trabalho a que se candidata:**

<b>Funções</b>	<b>Data</b>	
	<b>Início</b>	<b>Fim</b>

**4.2 Outras funções e atividades exercidas:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**5. FORMAÇÃO OU EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL SUBSTITUTIVA DO NÍVEL HABILITACIONAL EXIGIDO (quando aplicável)**

No caso da publicação do procedimento concursal prever a possibilidade de substituição do nível habilitacional exigido por formação ou experiência profissional substitutiva, indique-a no quadro seguinte.

---

---

---

---

**6. REQUISITOS GERAIS E ESPECIAIS DE ADMISSÃO**

*"Declaro, sob compromisso de honra, que reúno os requisitos gerais e especiais previstos:*

- no artigo 17.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho (LTFP) e no ponto 1.1. do Aviso de Abertura;*
- no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto e alíneas a) e b) do ponto 1.2 do Aviso de Abertura"*

Sim

Não

**7. NECESSIDADES ESPECIAIS (quando aplicável)**

Caso lhe tenha sido reconhecido, legalmente, algum grau de incapacidade, indique o respetivo grau, o tipo de deficiência, e se necessita de meios/condições especiais para a realização dos métodos de seleção.

---

---

---

**8. DECLARAÇÃO (Menção de que o candidato declara serem verdadeiros os factos constantes da candidatura)**

*"Declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas".*

Localidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura

---

Documentos que anexa à candidatura:

Declaração comprovativa do grau de consultor com a respetiva classificação obtida (alínea a), ponto 9.3)

---

**Declaração emitida pelo serviço onde conste a natureza do vínculo e respetivo tempo de exercício de funções na categoria de assistente graduado (alínea b) do ponto 9.3)**

**Documento comprovativo da inscrição na Ordem dos Médicos (alínea c) do ponto 9.3)**

**5 (cinco) exemplares do curriculum vitae em formato Europeu, 1 (um) dos quais em papel e os restantes em formato eletrónico (alínea d) do ponto 9.3), com respetivos comprovativos (pontos i) a viii) da alínea d) do ponto 9.3)**

**5 (cinco) exemplares de um plano de gestão clínica de serviço ou unidade da área da saúde pública, 1 (um) dos quais em papel e os restantes em formato eletrónico (alínea e) do ponto 9.3)**

**Outros documentos**

---

---

---

---

---