

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

REGISTO / ENTRADA  
NA INSTITUIÇÃO

Nº \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DESPACHO (De acordo com a delegação de competências)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

☐ PEDIDO DE COMISSÃO GRATUITA DE SERVIÇO

☐ EQUIPARAÇÃO A BOLSEIRO (Dec-Lei nº 272/88 de 03/08 e 282/89 de 23/08)

I - REQUERENTE:

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: ☐ F ☐ M

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

CARREIRA: \_\_\_\_\_

RELAÇÃO JURIDICA DE EMPREGO: \_\_\_\_\_

CARGO QUE EXERCE: \_\_\_\_\_

ÁREA E ANO DE INTERNATO OU ESTÁGIO (se for o caso):

ÁREA: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

II - ACÇÃO FORMATIVA A FREQUENTAR:

TIPO:			
CURSO	<input type="checkbox"/>	SIMPÓSIO	<input type="checkbox"/>
SEMINÁRIO	<input type="checkbox"/>	ENCONTRO	<input type="checkbox"/>
		CONGRESSO	<input type="checkbox"/>
		OUTRAS	<input type="checkbox"/>

TÍTULO: \_\_\_\_\_

ENTIDADE PROMOTORA DA ACÇÃO FORMATIVA: \_\_\_\_\_

ENTIDADE QUE PATROCINA/APOIA A DESLOCAÇÃO: \_\_\_\_\_

VALOR DO FINANCIAMENTO: \_\_\_\_\_

OBJECTIVOS PRINCIPAIS: \_\_\_\_\_

TEMAS A TRATAR: \_\_\_\_\_

LOCALIDADE DE DESLOCAÇÃO (país ou estrangeiro): \_\_\_\_\_

DATAS DE INICIO E DE TERMO DA ACÇÃO FORMATIVA: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DURAÇÃO TOTAL DO PERÍODO DE AUSÊNCIA: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MODALIDADE DE AUSÊNCIA: ☐ A TEMPO INTEIRO ☐ A TEMPO PARCIAL

O REQUERENTE

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

III - INFORMAÇÃO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO (identificar o serviço): \_\_\_\_\_

INTERESSE PARTICULAR PARA O SERVIÇO NA DESCOLAÇÃO DO REQUERENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_

INFORMAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO INTERNATO MÉDICO OU ESTÁGIO (interesse particular da deslocação para a formação do requerente)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_

MODO COMO FICA ASSEGURADO O SERVIÇO (esclarecer se a ausência do requerente vai ou não acarrear despesas extraordinárias para o serviço e respectiva identificação e estimativa de custo)

DESPESA EXTRAORDINÁRIA

CUSTO TOTAL

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_

IV - INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PESSOAL DA INSTITUIÇÃO:

REMUNERAÇÃO BASE: \_\_\_\_\_ €

VALOR TOTAL DA REMUNERAÇÃO CORRESPONDENTE AO PERÍODO DE AUSÊNCIA \_\_\_\_\_ €

ÚLTIMA COMISSÃO GRATUITA DE SERVIÇO OU EQUIPARAÇÃO A BOLSEIRO:

DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de dias \_\_\_\_\_

APRESENTOU RELATÓRIO DA ÚLTIMA ACÇÃO FORMATIVA:

SIM ☐ NÃO ☐ (Assinalar o que interessa) (a) \_\_\_\_\_

PARECER DA INSTITUIÇÃO ONDE O REQUERENTE EXERÇA CARGO SECUNDÁRIO (no caso de acumulação de funções):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_

a) Os subscritores dos pareceres e a qualidade do cargo em que os emitem devem ser identificados por uma das formas previstas no n° 2 do Despacho do Primeiro Ministro n° 1/89 de 02.01.89 transcrito na Circular Normativa da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde n° 28/89 de 02.08.