



Candidatura n.º _____
Data de receção: ___ / ___ / ___
Assinatura do técnico: _____

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

Atribuição de Incentivos à Fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar de Alpiarça

1. Identificação do/a Candidato/a

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

BI/N.º Cartão Cidadão: _____ Validade: ___/___/___ NIF: _____

Contacto TLF/TLM: _____ E-mail: _____

Naturalidade: _____ Data de Nascimento: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Data de início da atividade profissional na Unidade de Saúde de Alpiarça: _____

✉ Autorizo a notificação para o endereço eletrónico indicado, designadamente para efeitos de decisão da candidatura, nos termos do disposto no artigo 8.º Regulamento Municipal de Atribuição de Incentivos à Fixação de Médicos da Unidade de Saúde Familiar do Concelho de Alpiarça.

2. Solicito a atribuição do apoio financeiro de incentivo à fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar da Alpiarça, nos termos do Regulamento Municipal de Atribuição de Incentivos à Fixação de Médicos da Unidade de Saúde Familiar do Concelho de Alpiarça.

3. Observações

4. Declaração de Consentimento:

☞ Declaro ao abrigo do disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados, dar o meu consentimento de forma livre, específica e informada, para recolha dos meus dados pessoais por parte da Câmara Municipal de Alpiarça, estritamente para os fins a que se destina este formulário, devendo os mesmos ser conservados apenas pelo prazo estritamente necessário à prossecução dos respetivos fins, incluindo o tratamento informático. Enquanto titular dos dados pessoais agora facultados, poderei a qualquer momento retirar o consentimento sem comprometer a ilicitude do tratamento efetuado com base neste consentimento, autorizando desde já que o mesmo seja atualizado a qualquer momento.

Data: _____/_____/_____

O/A Candidato/a: _____

5. Documentação obrigatória e instrutória da candidatura:

- ☞ Formulário de candidatura fornecido pela Câmara Municipal, em modelo próprio, devidamente preenchido e assinado pelo/a candidato/a ao apoio;
- ☞ Declaração, sob compromisso de honra, da veracidade dos elementos constantes da candidatura, assinada pelo/a candidato/a;
- ☞ Documento de identificação do/a candidato/a;
- ☞ Fotocópia do contrato de trabalho ou declaração emitida pelo ACES Lezíria, a comprovar o vínculo com o/a candidato/a e as respetivas condições de trabalho;
- ☞ Informação relativa à conta bancária do/a candidato/a (IBAN) para a qual deverá ser transferido o apoio.

DECLARAÇÃO SOB COMPROMISSO DE HONRA

Para os devidos efeitos, eu (nome) _____, portador do _____ (BI/Cartão de Cidadão) n.º _____, válido até ____/____/____, declaro sob compromisso de honra, que todas as informações constantes no processo de candidatura ao apoio financeiro de incentivo à fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar da Alpiarça, nos termos do Regulamento Municipal de Atribuição de Incentivos à Fixação de Médicos da Unidade de Saúde Familiar do Concelho de Alpiarça, correspondem à verdade.

Por ser verdade, assinarei a presente declaração.

Alpiarça ____/____/____

O/A Declarante