



Requerimento para Licença de Estágio de Profissional de Saúde

I. Tipo de estagiário			
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Médico dentista	<input type="checkbox"/> Médico de medicina tradicional chinesa	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
<input type="checkbox"/> Técnico de análises clínicas	<input type="checkbox"/> Técnico de radiologia	<input type="checkbox"/> Quiroprático	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/> Terapeuta da fala	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Dietista

II. Identificação do estabelecimento de estágio	
Nome do estabelecimento de estágio	
N.º do alvará do estabelecimento de estágio (se houver)	
Endereço do estabelecimento de estágio	

III. Dados pessoais					
Nome em chinês		Nome em português			
Nacionalidade	<input type="checkbox"/> Chinesa <input type="checkbox"/> Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra (indique) _____	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Linguagem de comunicação	<input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês
Documento de identificação	<input type="checkbox"/> BIR Permanente <input type="checkbox"/> Bilhete não Permanente	N.º _____	Data de nascimento	Ano ____ Mês ____ Dia ____	
N.º de telefone de Macau		E-mail			
Morada em Macau (em chinês / português)					

IV. Documentos apresentados
<input type="checkbox"/> 1. Requerimento para Licença de Estágio devidamente preenchido
<input type="checkbox"/> 2. Certidão ou cópia autenticada dos documentos comprovativos para registo provisório, emitida pelo Conselho dos Profissionais de Saúde
<input type="checkbox"/> 3. Declaração de aceitação do estabelecimento devidamente reconhecido onde o estagiário pretende realizar o estágio
<input type="checkbox"/> 4. Atestado de Aptidão Física e Mental
<input type="checkbox"/> 5. Certificado de Registo Criminal
<input type="checkbox"/> 6. Cópia do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM
<input type="checkbox"/> 7. Outro (indique) _____

V. Declaração de Incompatibilidades

Venho, por este meio, declarar, ao abrigo dos dispostos no artigo 22.º e na alínea 4) do n.º 2 do artigo 25.º da Lei n.º 18/2020 (Regime da qualificação e inscrição para o exercício de actividade dos profissionais de saúde) que:

1. Não exerço qualquer outra actividade ou função que diminua a independência e a dignidade da profissão de _____.
2. Não exerço a profissão e as actividades farmacêuticas (aplicável ao médico e ao médico dentista).
3. Não exerço actividade incompatível com a profissão de _____.

VI. Declaração sobre recolha de dados pessoais

De acordo com a Lei n.º 8/2005 (Lei da Protecção de Dados Pessoais),

- Os dados pessoais e outras informações relevantes inscritas neste formulário, bem como os documentos necessários à apresentação deste requerimento, servem apenas para instrução do pedido.
- Os dados acima referidos podem ser tratados para fins estatísticos e de investigação, contudo, os dados estatísticos obtidos e os resultados da investigação não serão divulgados de forma a que os dados pessoais possam ser identificados.
- Em cumprimento de obrigação legal, os dados acima referidos podem ser transmitidos às autoridades policiais, ao órgão judicial ou a outras entidades competentes.
- O requerente tem o direito de solicitar o acesso, rectificação ou actualização dos seus dados pessoais arquivados na UTLAP destes Serviços.

VII. Declaração

1. Concordo em que os Serviços de Saúde podem solicitar e verificar junto dos serviços competentes, os dados e documentos necessários à apreciação e aprovação do presente pedido, bem como fornecer os resultados da aprovação a outros serviços competentes, se houver.
2. Declaro estar ciente de que, durante o período de estágio, não é permitido, sem autorização do Conselho dos Profissionais de Saúde, o desempenho cumulativo de qualquer actividade, pública ou privada.
3. Declaro estar ciente de que a licença de estágio é válida até ao dia da conclusão do estágio.
4. Declaro estar ciente de que, no caso de alterar o estabelecimento de estágio, é necessário obter primeiramente a aprovação do Conselho dos Profissionais de Saúde e apresentar uma declaração aos Serviços de Saúde, antes de frequentar o estágio noutra estabelecimento.
5. Confirmando a veracidade de todos os dados constantes no requerimento e de todos os documentos anexados e declaro ter lido e compreendido a “Declaração sobre Recolha de Dados Pessoais” acima mencionada.

Data	Assinatura do requerente (deve ser conforme à assinatura constante no documento de identificação)
_____/_____/_____ Ano mês dia	_____

Observações:

- Preencha, por favor, com letra de imprensa. O requerimento não será considerado se os documentos entregues pelo requerente não estiverem completos e não corresponderem aos requisitos exigidos.