



FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

SN _____

DADOS PESSOAIS

- Nome _____
(sublinhar nome clínico)
- Morada _____
- Código Postal _____ - _____
- Telef. _____ ■ Telem. _____ ■ Fax/Outro _____
- E-mail _____ @ _____
- BI/CC: n.º _____ D.de Nasc. _____ NIF _____
- Data da licenciatura: _____ Ordem dos Médicos: n.º _____
- Hospital / Centro de Saúde _____ ■ Serviço _____
- Especialidade _____ Categoria _____ Carreira _____

Horário Semanal _____ H	■ Contrato Trabalho Funções Públicas: <input type="checkbox"/> - Termo certo; <input type="checkbox"/> - Tempo indeterminado
	■ Contrato Individual de Trabalho: <input type="checkbox"/> - A Termo; <input type="checkbox"/> - Sem Termo

DECLARA PRETENDER SER ADMITIDO(A) COMO SÓCIO(A) DO SMZC

_____, ____/____/20____ ASSINATURA: _____

Accite Não accite
A preencher pela Direcção _____
(A Direcção)
_____/____/____
(Data)

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO (SÓCIO DO SMZC)

- NOME _____
- LOCAL DE TRABALHO _____
- ENTIDADE PAGADORA _____

Interno do Internato Médico Interno Ano Comum Interno Completar	<input type="checkbox"/>	6 Euros
Assistente/Especialista Assistente Graduado Chefe de Serviço	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1% sobre o vencimento correspondente ao Escalão 1 da Categoria, no regime de trabalho de 35H sem D.E. (12 meses/ano)

Declara, nos termos e para os efeitos do disposto na Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, e no Decreto-Lei n.º 84/99, de 19 de Março, referente a quotizações sindicais, que *autoriza a entidade empregadora* acima referida, a *descontar mensalmente* no seu vencimento o montante da sua quota (quadro supra-referenciado) do Sindicato dos Médicos da Zona Centro. Declara também que autoriza novo desconto da quotização quando ocorrer mudança de Categoria ou aumento da quota.

Mais solicita que caso venha a ser transferido de serviço e/ou de entidade pagadora, esta autorização acompanhe o seu processo individual

_____, ____ de _____ de 20__

O (A) DECLARANTE