



FICHA DE ATUALIZAÇÃO DE DADOS

SN _____

DADOS PESSOAIS

- Nome _____
- 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	■ 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"/> Incerto / Prest. Serviços
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> H	

A preencher pela Direcção Não aceite Aceite _____ (A Direcção)
 _____ / _____ / _____ (Data)

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

- NOME _____
- ENTIDADE PAGADORA _____

CATEGORIA		VALOR	
Interno do Internato Médico	<input type="checkbox"/>	9,32 €	0.5% sobre índice correspondente a interno de formação geral (12 meses/ano)
Interno Ano Comum			
Interno Complementar			
Assistente/Especialista	<input type="checkbox"/>	24,10€	1% sobre o vencimento correspondente ao Escalão 1 da Categoria, no regime de trabalho de 35H sem D.E. (12 meses/ano)
Assistente Graduado			
Assistente graduado sénior			
Opção especial (para benefício máximo no IRS)	<input type="checkbox"/>		Valor opcional (1% do salário efectivamente recebido x 14 meses)

Declara, 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

_____, O (A) DECLARANTE (é admissível assinatura digital)