



Internos do Ano Comum

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA O INÍCIO DE FUNÇÕES

Impresso de início de funções

⇒ 2 fotocópias do Bilhete de Identidade

⇒ Fotocópia do Cartão da Segurança Social

⇒ Fotocópia do Cartão de Contribuinte

Ou

⇒ 2 fotocópias do Cartão de Cidadão

⇒ Fotocópia do Certificado de Habilitações Literárias

⇒ Fotocópia do Cartão da Ordem dos Médicos ou respetivo pedido

⇒ 2 comprovativos do Número de Identificação Bancária

Convocatória para exame de admissão de Medicina do Trabalho

Declaração de I.R.S. (Artigo 99.º do Código do I.R.S.)

⇒ Atestado de Robustez Física

⇒ Registo Criminal

⇒ 1 fotografia

Autorizo que seja disponibilizada cópia do meu Cartão de Cidadão

Não autorizo que seja disponibilizada cópia do meu Cartão de Cidadão

N.º Identificação Fiscal:

N.º Segurança Social:

N.º Utente de Saúde:

NOTA: Obrigatoriamente, devem ser preenchidas todas as folhas e anexados todos os documentos acima assinalados com a respetiva seta (⇒)

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



Declaração

Eu, _____, declaro que não exerço qualquer cargo ou função nos serviços do Estado, dos corpos e das pessoas colectivas de utilidade pública e administrativa, não ficando portanto abrangido(a) por quaisquer disposições legais relativas a incompatibilidades.

Lisboa, ___/___/___

Assinatura

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



INÍCIO DE FUNÇÕES

RESERVADO	<input type="checkbox"/> QUADRO <input type="checkbox"/> CONTRATO <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO SERVIÇOS <input type="checkbox"/> OUTROS _____ NÚMERO MECANOGRÁFICO _____ CATEGORIA _____ SERVIÇO _____ CENTRO CUSTO _____
	<p>Obrigatório o preenchimento integral do impresso</p>
	<p>IDENTIFICAÇÃO</p> NOME _____ DATA NASCIMENTO ____ - ____ - ____ ESTADO CIVIL _____ SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NATURALIDADE	FREGUESIA _____ CONCELHO _____ DISTRITO _____ NACIONALIDADE _____
	<p>FILIAÇÃO</p> PAI _____ MÃE _____
	<p>MORADA RESIDÊNCIA E CONTATOS</p> RUA/AV. _____ Nº/LOTE _____ ANDAR _____ CÓDIGO POSTAL ____ - ____ _____ CONCELHO _____ DISTRITO _____ FREGUESIA _____ TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____
DOCUMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> Não autorizo que seja disponibilizada cópia do meu Cartão de Cidadão. B.I./C.C. N.º ____ - ____ - ____ DATA DE EMISSÃO ____ - ____ - ____ N.º SEGURANÇA SOCIAL _____ N.º UTENTE SAÚDE _____ VALIDADE ____ - ____ - ____ ARQUIVO _____ CONTRIBUINTE N.º _____ CÓDIGO DA REPARTIÇÃO _____ TITULARES _____ N.º ORDEM PROFISSIONAL _____ EMITIDO EM ____ - ____ - ____ ORGANISMO EMISSOR _____ NOME CLÍNICO _____
	<p>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</p> HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____ CURSO _____ ESTABELECIMENTO _____ DATA DE INÍCIO ____ - ____ - ____ DATA DE FIM ____ - ____ - ____ CLASSIFICAÇÃO FINAL ____ (VALORES) HABILITAÇÕES COMPLEMENTARES _____
	ESTABELECIMENTO _____ DATA DE INÍCIO ____ - ____ - ____ DATA DE FIM ____ - ____ - ____ CLASSIFICAÇÃO FINAL ____ (VALORES)
ORIGEM DE RECRUTAMENTO	(SITUAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR A ESTE INÍCIO DE FUNÇÕES) <input type="checkbox"/> ATIVIDADE PRIVADA <input type="checkbox"/> FUNCIONÁRIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIMEIRO EMPREGO <input type="checkbox"/> DESEMPREGO <input type="checkbox"/> SERVIÇO MILITAR OUTRA _____ INSTITUIÇÃO/EMPRESA _____ CATEGORIA _____ DATA DE INÍCIO ____ - ____ - ____ DATA DE FIM ____ - ____ - ____
	<p>ASSINATURA</p> DATA ____ - ____ - ____ ASSINATURA _____

DECLARAÇÃO

(Art. 99º do Código do IRS)

1	CARACTERÍSTICAS DA DECLARAÇÃO
1ª Declaração	<input type="checkbox"/>
De alterações	<input type="checkbox"/>
Quadros alterados	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

2	IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE - (Titular de rendimentos de trabalho dependente)
NOME	_____
	Nº de Identificação Fiscal

3	DOMICÍLIO FISCAL
Rua, Praça, Av.	_____ Nº _____ Andar _____
Localidade	_____ Cód.Postal _____ - _____
Repartição de Finanças / Bairro Fiscal	_____ Código Rep./Bº _____

4	ESTADO CIVIL
Casado e não separado judicialmente de pessoas e bens	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

5	IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE
NOME	_____
	Nº de Identificação Fiscal

6	RELAÇÃO DE DEPENDENTES - (Art. 13º do Código do IRS)		
NOME	Data do Nascimento	NIF BI CP	Nº de Identificação Fiscal Nº do Bilhete de Identidade Nº da Cédula Pessoal
Nº de Dependentes	<input type="text"/>	(Anexar relação no caso de não ter inscrito todos os dependentes)	

7	INFORMAÇÕES ÚTEIS
7.1 DEFICIENTES	7.2 TITULARIDADE DOS RENDIMENTOS (sendo casado e não separado judicialmente de pessoas e bens)
Elementos do agregado familiar com grau de Deficiência igual ou superior a 60% (Nº 6 do Art.25º e Nº 2 do Art.79º, do Código do IRS)	1 - O declarante é o único titular do rendimento <input type="checkbox"/> Um titular
Declarante _____ <input type="checkbox"/>	2 - Ambos os cônjuges são titulares de rendimentos mas um deles auferi 95% ou mais do rendimento englobado <input type="checkbox"/> Um titular
Cônjuge _____ <input type="checkbox"/>	3 - Ambos os cônjuges são titulares de rendimentos e nenhum auferi 95% ou mais do rendimento englobado <input type="checkbox"/> Dois titulares
Dependentes (Número) _____ <input type="text"/>	

8	OPÇÕES DO DECLARANTE
1 - O declarante, estando nas condições legais, opta pela retenção como "casado único titular"	<input type="checkbox"/>
2 - O declarante opta pela taxa de retenção mensal de: _____ %	<input type="text"/>
3 - Para efeitos de retenção mensal sobre complemento de pensão, declara que a pensão mensal que lhe é paga por _____ é de: _____ €	<input type="text"/>

9	ASSINATURAS
DO DECLARANTE	DA ENTIDADE PATRONAL
A presente declaração corresponde à verdade e não omite qualquer informação	Recebi o original
Local e Data	Local e Data
Assinatura	Assinatura



INSCRIÇÃO DE NOVOS BENEFICIÁRIOS



Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas

DADOS DO CANDIDATO TITULAR

Nome: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F M Cód. Cand.: _____

Doc. Identif.: _____ N.º Doc.: _____

NIF: _____ CGA: _____ NISS: _____

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Separado Viúvo União de Facto

País Residência: _____

Morada: _____

Localidade: _____ C. Postal: _____ - _____

Telef.: _____ Email: _____

NIB: _____ IBAN: _____

Admissão na AP: ____/____/____ Início Descontos ADSE: ____/____/____

Início Funções: ____/____/____ Vínculo: _____ Termo: ____/____/____

RESPONSABILIDADE DO SERVIÇO PROCESSADOR

Para os efeitos previstos no art.º 14.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, declara-se que o candidato acima identificado exerce funções públicas neste Serviço processador e confirmou os seus elementos identificativos e os que se referem à sua situação funcional.

Em caso de aceitação da inscrição, este Serviço compromete-se:

- a comunicar, de imediato, à ADSE qualquer alteração na situação do trabalhador respeitante aos elementos constantes deste formulário.
- a recolher e a destruir o cartão de beneficiário, se ocorrer evento determinante da suspensão ou perda dessa qualidade.

Li e aceito as condições acima indicadas

_____/_____/_____

RECURSOS HUMANOS

1



Ex.mo (a) Senhor (a)

Director (a) do Serviço de Recursos Humanos

do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Eu, _____, com o
número mecanográfico _____, com a categoria de
_____, venho por este meio declarar que opto pelo
sub-sistema de saúde A.D.S.E. e que tomei conhecimento que, ao tomar esta opção, me será
descontado no meu vencimento a quantia de mais 3,5% (três e meio por cento) para o efeito.

Lisboa, _____ de _____ de 20____

Ass: _____

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



Exmo.(a) Director(a) do
Serviço de Recursos Humanos

Assunto : Inscrição de novos Beneficiários Titulares e Familiares

(Ao abrigo do art.º14º do Decreto-Lei nº.118/83, de 25 de Fevereiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei nº. 234/2005, de 30 de Dezembro)

Nome do Beneficiário Titular : _____

Categoria : _____ Nº.Mecanográfico : _____

Serviço : _____ Extensão : _____

Nº. ADSE : _____

Declaro, sob compromisso de honra, que o(s) meu(s) beneficiário(s)/descendente(s) _____

_____ não está abrangido por outro subsistema de saúde integrado na Administração Pública (SSMJ,SAD/PSP, SAD/GNR, ADM).

Em caso de aceitação da inscrição neste serviço comprometo-me:

- A comunicar, de imediato qualquer alteração na situação do(s) meu(s) filho(s).
- A devolver o cartão de beneficiário titular/descendente se ocorrer evento determinante da suspensão ou perda dessa qualidade.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

_____/_____/_____
(Data)

(Assinatura)

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS



SEGURANÇA SOCIAL

INSCRIÇÃO/ENQUADRAMENTO DE TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM

COMUNICAÇÃO DE ⁽¹⁾:

- Admissão de trabalhador
- Início da actividade do trabalhador/Vínculo a nova entidade empregadora
- Cessação/suspensão da actividade do trabalhador

Antes de preencher leia com atenção as informações

1 IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

N.º Identificação de Segurança Social		
N.º Identificação Fiscal		Código Serviço de Finanças
Nome completo		
Data de nascimento		Telefone
		E-mail

2 OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS AO TRABALHADOR

(A preencher no caso de ainda não estar inscrito na segurança social)

Naturalidade: Freguesia		Concelho	
	Distrito		País
Sexo	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F	Estado civil
Nacionalidade		N.º de Identificação Civil válido	
Morada			
Código Postal			
Distrito		Concelho	Freguesia

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

N.º Identificação de Segurança Social			
N.º Identificação Fiscal		Código Serviço de Finanças	
Nome/Designação da firma			
Morada da sede			
Código Postal			
Distrito		Concelho	Freguesia
Telefone		Fax	E-mail

(continua na pág. seguinte)

(1) Este formulário deve ser utilizado pela entidade empregadora e/ou pelo trabalhador por conta de outrem.

Os dados constantes deste documento serão objecto de registo informático na base de dados da segurança social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correcção.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei.

4 SITUAÇÃO PROFISSIONAL DO TRABALHADOR (Se for trabalhador com contrato de trabalho de muito curta duração passe ao quadro 5/Se for trabalhador do serviço doméstico passe ao quadro 6)

Tipo de contrato de trabalho celebrado:

Sem termo A termo A tempo parcial Em funções públicas Outro _____
(indique o tipo)

Prestação de trabalho de _____ a _____ a (1) _____ Profissão/Actividade _____
ano mês dia ano mês dia

Valor da remuneração base: _____ Enquadramento facultativo (2)

Se assinalou contrato a tempo parcial, indique:

N.º de horas mensais _____ Percentagem de trabalho prestado, por referência ao período normal semanal a tempo completo _____ %

Se o local de trabalho se situa fora da sede, indique:

Nome do estabelecimento onde trabalha _____ Código _____

Morada _____

Código Postal _____

Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____

Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

(1) A preencher apenas no caso de ter assinalado contrato de trabalho a termo.

(2) A preencher apenas no caso de Membros das Igrejas, Associações e Confissões Religiosas, que exerçam actividade religiosa secundária, por período inferior a 30 horas semanais e se encontrem abrangidos por um regime de segurança social obrigatório, decorrente do exercício de actividade principal não religiosa.

5 A PREENCHER NO CASO DE CONTRATO DE TRABALHO DE MUITO CURTA DURAÇÃO (1)

Duração do contrato de trabalho de _____ a _____ (2)
ano mês dia ano mês dia

Assinale a actividade exercida: Sazonal agrícola Realização de evento turístico de duração não superior a uma semana

Valor da remuneração diária: _____

Morada do local do exercício da actividade _____

(1) Esta comunicação deve ser, apenas, apresentada on-line, em www.seg-social.pt, serviço Segurança Social Directa.

(2) A duração total destes contratos de trabalho, com o mesmo trabalhador, não pode exceder 60 dias em cada ano.

6 SITUAÇÃO PROFISSIONAL DO TRABALHADOR DE SERVIÇO DOMÉSTICO

Início da prestação de trabalho _____ Tipo de remuneração: Mensal (1) Diária Horária
ano mês dia

(1) Indique o valor da remuneração efectivamente recebida _____

7 A PREENCHER NO CASO DE MEMBROS DAS IGREJAS, ASSOCIAÇÕES E CONFISSÕES RELIGIOSAS

Remuneração a declarar/base de incidência contributiva

Pretende ficar abrangido pelo âmbito de protecção alargada? (1) Sim Não

Opção pelo escalão de remuneração estabelecido com base no valor do indexante dos apoios sociais:

1 1 X IAS

2 1,5 X IAS

3 2 X IAS

4 2,5 X IAS

5 3 X IAS

6 4 X IAS

7 5 X IAS

8 6 X IAS

9 7 X IAS

10 8 X IAS

(1) Inclui protecção nas eventualidades de doença, parentalidade, doenças profissionais, invalidez, velhice e morte.

(continua na pág. seguinte)

8 SUSPENSÃO/CESSAÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

Assinale a situação respectiva

Suspensão de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

por motivo de _____

Cessação em _____ (1)
ano mês dia

por motivo de _____

(1) A entidade empregadora é obrigada a entregar ao trabalhador a Declaração de Situação de Desemprego, Mod. RP 5044-DGSS, ou documento comprovativo da comunicação da situação de desemprego do trabalhador se esta tiver sido efectuada on-line através da segurança social directa.

9 OUTRAS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO TRABALHADOR

Está ou esteve abrangido por outro sistema de protecção social? (1) Sim Não Se **Sim**, indique:

Nome da instituição _____ N.º de inscrição _____

Período de descontos: de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia

Exerce outra actividade em simultâneo? Sim Não Se **Sim**, indique qual _____

Recebe ou recebia prestações sociais? (2) Sim Não Se **Sim**, indique: _____

Designação da prestação _____

Nome da instituição pagadora _____

(1) Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações ou Organismo Estrangeiro.

(2) Desemprego, doença, abono de família, deficiência ou dependência.

10 CERTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

ano mês dia

Assinatura e carimbo

Entidade empregadora de pessoal do serviço doméstico

Declaro que o trabalhador exerce, com carácter regular e sob a minha direcção e autoridade, mediante retribuição, a profissão de serviço doméstico.

Declaro, ainda, não ter com o trabalhador, grau de parentesco (1) legalmente impeditivo desta relação de trabalho, para efeitos de segurança social.

ano mês dia

Assinatura conforme documento de identificação civil válido

(1) Cônjuge/união de facto, descendente até ao 2.º grau ou equiparado e afim, ascendente ou equiparado e afim, irmão e afim.

11 CERTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

ano mês dia

Assinatura conforme documento de identificação civil válido

Trabalhador do serviço doméstico

Declaro exercer, com carácter regular e sob direcção e autoridade da entidade empregadora, mediante retribuição, a profissão de serviço doméstico.

Declaro, ainda, não ter com a entidade empregadora, grau de parentesco (1) legalmente impeditivo desta relação de trabalho, para efeitos de segurança social.

ano mês dia

Assinatura do trabalhador conforme documento de identificação civil válido

(1) Cônjuge/união de facto, descendente até ao 2º grau ou equiparado e afim, ascendente ou equiparado e afim, irmão e afim.

(continua na pág. seguinte)

12 INFORMAÇÕES DOCUMENTOS A APRESENTAR

Fotocópia de documentos de identificação civil (1) e fiscal:

- do trabalhador admitido, no caso de não se encontrar inscrito na segurança social;
- da entidade empregadora de pessoal do serviço doméstico.

Contrato ou acordo escrito, no caso de ter sido acordado o pagamento de contribuições calculadas com base nas remunerações efectivamente auferidas pelo trabalhador do serviço doméstico.

Membros das igrejas, associações e confissões religiosas:

- Acordo escrito no qual conste a opção pelo esquema de protecção alargado e/ou pela base de incidência contributiva, superior ao valor de uma vez o Indexante dos Apoios Sociais;
- Documento(s) comprovativo(s) do(s) período(s) de outro sistema de protecção social, que complete(m) o computo global de 40 anos de carreira contributiva, no caso de cessação da obrigação de contribuir.

[1] Bilhete de identidade, Certidão de Registo Civil, Boletim de Nascimento ou Título de permanência/residência, no caso de trabalhador estrangeiro.

13 LOCAL DE ENTREGA

A comunicação efectuada através deste formulário ou por qualquer outro meio escrito (fax, carta, correio electrónico, etc.) deve ser enviada pelo correio aos Centros Distritais da Segurança Social ou entregue directamente nos serviços de atendimento da segurança social, podendo, ainda, ser apresentada on-line, em www.seg-social.pt, serviço Segurança Social Directa.

A comunicação de contrato de trabalho de muito curta duração deve ser, obrigatoriamente, apresentada on-line, em www.seg-social.pt, serviço Segurança Social Directa.

14 PRAZO DE ENTREGA

Entidade empregadora

A comunicação de admissão de novos trabalhadores **deve ser efectuada nas 24 horas anteriores ao início da produção de efeitos do contrato de trabalho**. Em situações excepcionais, devidamente fundamentadas, ligadas à celebração de contratos de trabalho de muito curta duração ou à prestação de trabalho por turnos, **a comunicação deve ser efectuada nas 24 horas seguintes ao início da actividade**.

A comunicação de suspensão/cessação do exercício de actividade do trabalhador deve ser efectuada **no prazo de 10 dias úteis** a contar da data do facto.

Trabalhador

A comunicação de início de actividade/vinculo a nova entidade empregadora deve ser efectuada até **24 horas após a entrada em vigor do contrato de trabalho**.

15 OUTRAS INFORMAÇÕES

A comunicação não dispensa a obrigatoriedade de inclusão dos trabalhadores admitidos na Declaração de Remunerações correspondente ao mês em que iniciaram a prestação de trabalho.

A não entrega da comunicação, determina o pagamento das contribuições, por parte da entidade empregadora, a partir do dia 1 do 6º mês anterior ao do início da prestação de trabalho.

A entidade empregadora que tenha admitido trabalhadores que se encontrem a receber prestações de doença ou desemprego e tal facto seja do seu conhecimento é, solidariamente, responsável com o trabalhador, pela devolução, à segurança social, das prestações indevidamente pagas, estando ainda sujeita à aplicação de contra-ordenação.

A não entrega da comunicação, pelo trabalhador, de início de actividade ou vinculo a nova entidade empregadora, determina que não sejam considerados, para efeitos de acesso ou de cálculo das prestações, os períodos de actividade profissional não declarados.

No caso de comunicação de suspensão ou cessação do contrato de trabalho, é dispensável o preenchimento dos quadros 2, 4, 5, 6 e 8 deste formulário.

Situações especiais dos trabalhadores do serviço doméstico

Haverá lugar ao pagamento das contribuições com base nas remunerações efectivamente recebidas, calculadas por aplicação da taxa contributiva global de 31,6%, cabendo 20,6% à entidade empregadora e 11% ao trabalhador, se o trabalhador preencher, cumulativamente, as condições seguintes:

- Ter o trabalhador idade igual ou inferior a 50 anos;
- Ter o trabalhador sido contratado ao mês, em regime de tempo completo;
- Ser, o valor das remunerações auferidas, superior a 70% do Indexante dos Apoios Sociais, e inferior a duas vezes e meia o valor daquele indexante;
- Ter sido celebrado acordo escrito entre o trabalhador e a entidade empregadora, no sentido do pagamento das contribuições com base na remuneração efectivamente recebida;
- Comunicar a existência do acordo escrito, aos serviços de segurança social, até ao final do mês de Novembro para produzir efeitos no ano seguinte.

ATENÇÃO: NO SEU PRÓPRIO INTERESSE, CONSERVE O DOCUMENTO COMPROVATIVO DE QUE EFECTUOU A COMUNICAÇÃO À SEGURANÇA SOCIAL



CONTA BANCÁRIA

COMUNICAÇÃO / ALTERAÇÃO

N.º Mecanográfico: _____

Nome: _____

Banco: _____

Agência: _____

Data de efeitos: ____/____/____

NIB:

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS



DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE HONRA

Eu, _____

N.º Mec. _____, declaro, sob compromisso de honra, que me comprometo a entregar os documentos em falta e abaixo identificados até ____/____/201__.

Mais declaro que tomei conhecimento de que, a não entrega dos documentos abaixo indicados no prazo referido, poderá constituir motivo para a rescisão do meu contrato.

- | | | |
|--|------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fotocópia Bilhete de Identidade | OU } | Fotocópia do Cartão de Cidadão |
| <input type="checkbox"/> Fotocópia Cartão de Contribuinte | | |
| <input type="checkbox"/> Fotocópia do Cartão da Segurança Social | | |

- Fotocópia do Certificado de Habilitações Literárias
- Cópia do cartão da ADSE (do próprio e descendentes)
- Fotocópia Cartão da Ordem Profissional
- Fotocópia da Caderneta Militar (se for o caso)
- Número de Identificação Bancária (NIB)
- Certificado de Registo Criminal
- 1 Fotografia
- Atestado de Robustez Física
- Nota Biográfica
- Guia de Vencimentos
- Certidão de Documentos
- Apto do Ano Comum

Lisboa, ____ de _____ de 201__

Ass: _____

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS



Convocatória para Exame de Admissão de Medicina do Trabalho

Nome: _____

N.º Mecanográfico: _____

Funções que irá desempenhar: _____

Serviço: _____

É favor dirigir-se ao Serviço de Saúde Ocupacional, Piso 9, elevadores 9, 10 e 17, para marcação e realização do exame de admissão de Medicina do Trabalho.

No dia da consulta deverá ser portador(a) do Boletim de Vacinas e de exames de diagnóstico e análises clínicas recentes, caso possua.

Deverá entregar, no prazo de 30 dias, uma cópia da Ficha de Aptidão no Gabinete do Colaborador, Piso 2.

O Serviço de Recursos Humanos

SERVICO DE
RECURSOS HUMANOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel.: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt