

Associado/a n.º \_\_\_\_\_

*A preencher pelos serviços*

O/a funcionário/a: \_\_\_\_\_

Forma de inscrição:

Email:

Correio:

Presencial:

Preencha em maiúsculas e envie a ficha e uma fotografia para o e-mail [smzs@fnam.pt](mailto:smzs@fnam.pt) ou para a morada:  
Rua Julieta Ferrão 10 – 12.º A-B 1600-131 Lisboa

NOME COMPLETO

NOME PROFISSIONAL

N.º DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL (BI/CC)

N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

N.º DE CÉDULA (ORDEM DOS MÉDICOS)

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

SEXO

Masculino

Feminino

MORADA

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDADE

CONCELHO

DISTRITO / ILHA / PAÍS

TELEFONE

TELEMÓVEL

E-MAIL

LOCAL DE TRABALHO (assinalar o que interessa e especificar)

Administração Regional de Saúde  Serviço Regional de Saúde

Centro Hospitalar  Unidade Local de Saúde  Agrupamento de Centros de Saúde  Empresa  Outro

Hospital  Unidade de Saúde Familiar  Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  Unidade de Saúde Pública

Unidade de Saúde de Ilha  Centro de Saúde  Instituto  Outro

REGIME DE TRABALHO

Contrato Individual de Trabalho  Contrato de Trabalho em Funções Públicas  Outro

por tempo indeterminado  a termo resolutivo incerto

GRAU DE CARREIRA

ESPECIALIDADE

ANO DE LICENCIATURA

UNIVERSIDADE / FACULDADE / ESCOLA

MODALIDADE DE PAGAMENTO

Desconto mensal no vencimento  Pagamento por transferência bancária

DATA

ASSINATURA (preencha com a assinatura digital ou imprima e assine manualmente)