



**FORMULÁRIO DE CANDIDATURA AO INCENTIVO À FIXAÇÃO DE MÉDICOS DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR NAS UNIDADES DE SAÚDE DE MAFRA**

**DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA
para a instrução da candidatura**

(apresentar originais e entregar fotocópias de todos os documentos)

	Documento de identificação (B.I./ C.C./ Autorização de Residência);
	Fotocópia do contrato de trabalho ou declaração emitida pelo ACES Oeste Sul/ Centro de Saúde de Mafra a comprovar o vínculo e as respetivas condições de trabalho;
	Fotocópia do último recibo de renda ou comprovativo de crédito bancário
	Fotocópia de declaração emitida pela empresa de transporte público coletivo, comprovativa das despesas relacionadas com deslocações (equivalente ao valor mensal gasto em transporte coletivo);
	Elementos relativos à conta bancária para a qual deverá ser transferido o incentivo (IBAN);
	Formulário de candidatura devidamente preenchido e assinado pelo candidato;
	Declaração, sob compromisso de honra, da veracidade dos elementos constantes da candidatura, devidamente assinado pelo candidato.

(a preencher pelos serviços)

Candidatura n.º/Ano _____/_____ Data da entrega da candidatura: ____/____/____



CÂMARA MUNICIPAL DE MAFRA
Praça do Município • 2644-001 • Mafra
e-mail: dasai_dds@cm-mafra.pt
Internet: www.cm-mafra.pt





(a preencher pelo requerente)

1- IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____

Data de Nascimento ____/____/____

B.I./ C.C./ A. Residência: N.º _____, válido até ____/____/____

NIF: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Contacto telefónico: _____/_____

Correio Eletrónico: _____

Autorizo a notificação através do endereço de correio eletrónico indicado, designadamente da decisão da candidatura, nos termos do disposto n.º 2 do artigo 10.º do Regulamento para Apoio à Fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde do Concelho de Mafra.

Morada de contacto completa: _____

Código Postal: _____ - _____

Unidade de Saúde do Concelho de Mafra onde exerce/exercerá atividade:

Data de início da respetiva atividade: ____/____/____

2- INCENTIVO PRETENDIDO (não cumulativos)

Solicito, nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento para Atribuição de Incentivos à Fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde de Mafra, o seguinte apoio:

Comparticipação nas despesas de deslocação em transporte coletivo (ou equivalente)

Valor da despesa: _____ € mensais



CAMARA MUNICIPAL DE MAFRA
Praça do Município • 2644-001 • Mafra
e-mail: dasai_dds@cm-mafra.pt
Internet: www.cm-mafra.pt





Comparticipação nas despesas de arrendamento habitacional

Valor da despesa: _____ € mensais

Comparticipação nas despesas de aquisição de habitação

Valor da despesa: _____ € mensais

Para esclarecimento de qualquer dúvida poderão ser solicitados documentos complementares.

Mafra, ____ de _____ de 20__

Assinatura do requerente,



CAMARA MUNICIPAL DE MAFRA
Praça do Município • 2644-001 • Mafra
e-mail: dasai_dds@cm-mafra.pt
Internet: www.cm-mafra.pt

