

**PROCEDIMENTO CONCURSAL  
FORMULÁRIO DE CANDIDATURA**

Exmo. Senhor Presidente

**IDENTIFICAÇÃO DO CONCURSO**

AVISO Nº \_\_\_\_\_, PUBLICADO NO DR 2ª SÉRIE, Nº \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

Carreira \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_

Área de atividade \_\_\_\_\_

Contrato de trabalho por tempo indeterminado em funções públicas

**1. DADOS PESSOAIS**

NOME COMPLETO \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Nº da ordem dos enfermeiros \_\_\_\_\_

Nº BI OU CC \_\_\_\_\_ validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**2. NÍVEL HABILITACIONAL**

Assinale o quadrado apropriado:

**01** Licenciatura

  

**03** Outro \_\_\_\_\_

  

**02** Pós-graduação

**2.1** Identifique o curso e /ou área de formação:

**2.2** Indique cursos de pós -graduação, mestrado ou doutoramento:

### 3. SITUAÇÃO JURÍDICO-FUNCIONAL DO CANDIDATO

3.1 Titular de relação jurídica de emprego público?

Sim  Não

3.2- Em caso negativo passe diretamente ao ponto 4. deste formulário.

Em caso afirmativo, especifique qual a sua situação:

3.2.1- Nomeação	Definitiva	
	Transitória por tempo determinado	
	Transitória por tempo determinável	
3.2.2- Contrato	Tempo indeterminado	
	Tempo determinado	
	Tempo determinável	
3.2.3- Situação actual	Em exercício de funções	
	Em licença	
	Em Situação Mobilidade Especial	
	Outra	

3.3- Avaliação de desempenho (últimos três anos, se for o caso):

Ano	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>
Ano	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>
Ano	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>

### 4. MÉTODO DE SELECÇÃO

Método de seleção integrante de Lei especial?

Sim  Não

Qual?

---



---



---

## 5. REQUISITOS DE ADMISSÃO

“ Declaro que reúno os requisitos gerais e especiais previstos no aviso de abertura.”

S

N



## 6. DECLARAÇÃO E CONSENTIMENTO

Declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas.

Consinto (Art. 63º, nº 1, DL nº 4/2015, de 07 de janeiro) que o Hospital Dr. Francisco Zagalo-Ovar utilize meio de comunicação, via:

e-mail: Sim  Não

Telefone: Sim  Não

Fax: Sim  Não

Documentos que anexa à candidatura:

Currículo

Certificado de habilitações

Comprovativos de formação  
(Quantidade \_\_\_\_ )

Declaração nos termos alínea ii), nº 1, Art.19,  
Portaria nº 250/2014, 28/11 (\*)


Outros:

---



---



---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_