



# FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

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 \_\_\_\_\_

<b>Horário Semanal</b> _____ H	■ 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"/> Sem Termo

DECLARA PRETENDER SER ADMITIDO(A) COMO SÓCIO(A) DO SMZC

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

A preencher pela Direcção

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Data)

Accite  Não accite   
(A Direcção)

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO (SÓCIO DO SMZC)

- NOME \_\_\_\_\_
- LOCAL DE TRABALHO \_\_\_\_\_
- ENTIDADE PAGADORA \_\_\_\_\_

<b>Interno do Internato Médico</b> Interno Ano Comum Interno Complementar	<input type="checkbox"/>	6 Euros
Assistente/Especialista Assistente Graduado Chefe de Serviço	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1% sobre o vencimento correspondente ao Escalão 1 da Categoria, no regime de trabalho de 35H sem D.E. (12 meses/ano)

Declara, nos termos e para os efeitos do disposto na Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, e no Decreto-Lei n.º 84/99, de 19 de Março, referente a quotizações sindicais, 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