

FICHA DE INSCRIÇÃO

(Preencher e enviar por e-mail para: spa@spanestesiologia.pt)

NOME:

SÓCIO DA SPA Nº:

MORADA:

DATA DE NASCIMENTO:

TELEF.:

E-MAIL:

ANO DE FORMATURA:

INSTITUIÇÃO:

QUADRO / CIT* (Selecione a opção indicada)

CATEGORIA HOSPITALAR:

HORÁRIO SEMANAL:

COM / SEM EXCLUSIVIDADE (Selecione a opção indicada)

Nº DE HORAS/SEMANA (dedicadas à área da Secção)

*CIT – Contrato Individual de trabalho;