**Formulário de candidatura de formação pré-ingresso de médicos especialistas**

1. **Identificação pessoal ：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome (Chinês) | 陳大文 | Nome  (Estrageiro) | Chan Tai Man | | | | | Foto |
| Sexo | masculino | Estado civil | casado | | Nacionalidade | | China |
| N.º do BIR | 1234567(8) | Data da primeira emissão | | | 31/12/1980 | | |
| Endereço | Avenida do Ouvidor Arriaga n.º 1001, 28.º andar, A, Macau | | | | | | |
| Telefone de casa | 28000000 | N.º de telemóvel | | 66667777 | | Correio eletrónico | | 12345678@gmail.com |
| Pessoa a contactar em caso de emergência | Chan Sio Man | N.º de telemóvel | | 77776666 | | Relação com o candidato | | Irmão |

1. **Habilitações académicas (grau de licenciatura ou superior)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grau académico | Instituição de educação | Local de estudo | Período em que frequenta o curso (Mês/Ano) | | |
| Licenciatura em Medicina Clínica | Faculdade de Medicina da Universidade Jinan | Guangzhou | 09/ 2000 a 08/2006 | | |
| Mestrado em Medicina Clínica | Universidade de Fudan de Xangai | Xangai | 09/ 2006 a 08/2009 | | |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Formação de internado complementar e obtenção de certificado de membro da Academia de Médica de Macau：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Instituição de formação | Local | Especialidade | Duração de formação (Mês/Ano) | Obtenção de certificado de membro da Academia de Médica de Macau： |
| Serviços de Saúde | Macau | Cirurgia Geral | 08/2016 a 07/2022 | Sim |
| Hospital de Zhongshan anexo à Universidade de Fudan de Xangai | Xangai | Dermatologia | 02/2013 a 02/2016 | Não |

1. **Internato geral ou equivalente ：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Entidade de estágio | Local de entidade | Período de estágio (Mês/Ano) | | Classificação do estágio |
| Hospital de Zhongshan anexo à Universidade de Fudan de Xangai | Xangai | 04/2019 a 05/2010 |  | Não há |
| Curso de estágio avançado da clínica médica dos Serviços de Saúde | Macau | 06/2010 a 12/2012 |  | Não há  na |

1. **Experiência profissional：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Entidade onde prestou serviço | Local de entidade | Cargo e funções | Duração de trabalho (Mês/Ano) |
| Hospital de Zhongshan anexo à Universidade de Fudan de Xangai | Xangai | Médico residente de Dermatologia | 02/2013 a 02/2016 |
| Centro Hospitalar Conde de São Januário dos Serviços de Saúde | Macau | Médico residente de Cirurgia Geral | 08/2016 a 07/2022 |
| Centro Hospitalar Conde de São Januário dos Serviços de Saúde | Macau | Médico residente de Cirurgia Geral | 09/2022 até agora |

1. **Outras formações profissionais (com certificados)：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Curso | Unidade organizada | Local de organização | Duração de formação (Mês/Ano) | | |
|  |  |  |  | a |  |
|  |  |  |  | a |  |
|  |  |  |  | a |  |

1. **Documentos apresentados** (Assinalar “🗸”)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parte I：Entregue obrigatório | | | | | | | |
| 1. Original de formulário de candidatura | □ | 2.Foto | □ | 3.Cópia de documentos de identidade | □ | 4. Cópia de habilitações académicas | □ |
| 5. Cópia de documento comprovativo de internato complementar/ de membro | □ | 6. Curriculum vitae (Triplicado) | □ |  | | |  |
| Parte II ： Entregue por escolha | | | | | | | |
| 7. Informações adicionais | □ |  | | | | |  |

**Declaração：**

Estou bem ciente e aceite todas as obrigações e responsabilidades constantes do Regulamento de formação pré-ingresso de médicos especialistas, incluindo atribuição de apoio financeiro, condições de devolução, requisitos e organização pela Fundação Macau (FA), comprometendo-se a cumprir a prestação de serviços especializados por um (1) ano no Centro Médico de Macau do *Peking Union Medical College Hospital*/Hospital de Macau ou em outras instituições médicas de Macau, após conclusão da formação.

Também estou informado de que a prestação de falsas declarações pode implicar a anulação da qualificação e a imediata devolução do subsídio de formação pago pela FA, sem prejuízo da responsabilidade legal que ao caso couber nos termos das leis em vigor na Região Administrativa Especial de Macau.

Ainda, declaro que todos os elementos e documentos fornecidos são verdadeiros e correctos, e tinha visto a Declaração de Recolha de Dados Pessoais - Gabinete Preparatório do Centro Médico de Macau do *Peking Union Medical College Hospital*/Hospital de Macau e Fundação Macau, com a devida assinatura.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  | / |  |  |  |
| Dia |  | Mês |  | Ano |  | Assinatura de requerente (está conforme aos documentos de identidade) |

|  |
| --- |
| **Declaração de Recolha de Dados Pessoais - Gabinete Preparatório do Centro Médico de Macau do *Peking Union Medical College Hospital*/Hospital de Macau e Fundação Macau**   1. Os dados pessoais fornecidos neste formulário são utilizados para o pedido de "Formação pré-ingresso de médicos especialistas" e os fins posteriores de formação. 2. Por cumprimento de obrigações legais, os respectivos dados também poderão ser transferidos para as autoridades policial e judicial, bem como outras entidades competentes. 3. Segundo o artigo 11.º da Lei n.º 8 / 2005 (Lei da Protecção de Dados Pessoais), os requerentes têm direito de acesso, rectificação e actualização dos dados atrás referidos, mediante requerimento formulado conforme a lei. |