

**À
Comissão Regional do
Internato Médico Lisboa e
Vale do Tejo**

_____ (Nome) _____ (Nº. Mec.),
Interno (a) da Formação Especializada de _____ colocado (a) no
Serviço de _____ da Unidade Local de Saúde de Santa Maria,
tendo excedido o número de faltas permitido (ou seja, o equivalente a 10%
dos dias de formação no(s) estágio(s) em causa) por doença/Licença
Parental (riscar o que não interessa), vem, por este meio, solicitar que lhe
seja autorizada a reposição das mesmas faltas dadas de ___/___/202___
a ___/___/202___, ao abrigo da Portaria nº. 79/2018, de 16 de Março.

Mais, informa que, à data da ausência, estavam previamente autorizados
o(s) seguinte(s) estágio(s):

1. Estágio de: _____ com início a _____ e
términus a _____ ; duração: _____ meses
2. Estágio de: _____ com início a _____ e
términus a _____ ; duração: _____ meses
3. Estágio de: _____ com início a _____ e
términus a _____ ; duração: _____ meses

Pede deferimento,

Lisboa, ___ de _____ de 202___

DIRECÇÃO DO

INTERNATO MÉDICO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215