



<b>Curso:</b>			
	<b>Promovido por:</b>	<b>Data:</b>	<b>Horas:</b>
<b>Curso:</b>			
	<b>Promovido por:</b>	<b>Data:</b>	<b>Horas:</b>
<b>Curso:</b>			
	<b>Promovido por:</b>	<b>Data:</b>	<b>Horas:</b>
<b>Curso:</b>			
	<b>Promovido por:</b>	<b>Data:</b>	<b>Horas:</b>
<b>Curso:</b>			
	<b>Promovido por:</b>	<b>Data:</b>	<b>Horas:</b>

<b>FUNÇÕES DESEMPENHADAS NO ÂMBITO DA SAÚDE</b>			
<b>Prestação de Cuidados</b>			
<b>Instituição:</b>			
		<b>Anos:</b>	
		<b>Anos:</b>	
		<b>Anos:</b>	
		<b>Anos:</b>	
<b>Gestão:</b>			
	<b>Chefia /Coordenação de Serviços e/ou Órgãos de Gestão</b>	<b>Anos:</b>	
	<b>Orientação e Coordenação de Equipas</b>	<b>Anos:</b>	
	<b>Orientação, supervisão e avaliação de pessoal</b>	<b>Anos:</b>	
<b>Ensino:</b>			
	<b>Colaboração/leccionação de Aulas Teóricas</b>	<b>Local:</b> _____ _____ _____	<b>Horas:</b> _____ _____ _____
	<b>Colaboração/ leccionação de Aulas Teórico- -Práticas, Seminários</b>	<b>Local:</b> _____ _____ _____	<b>Horas:</b> _____ _____ _____
	<b>Colaboração/ leccionação de Aulas Práticas, Ensinos Clínicos</b>	<b>Local:</b> _____ _____ _____	<b>Sem/Horas:</b> _____ _____ _____
<b>Educação Permanente (Como formador)</b>			
	<b>Responsável pela formação em serviço</b>	<b>Local:</b>	
<b>Colaboração em Acções de Formação em Serviço:</b>			
	<b>Acção:</b>	<b>Local:</b>	
	<b>Acção:</b>	<b>Local:</b>	
	<b>Acção:</b>	<b>Local:</b>	
	<b>Acção:</b>	<b>Local:</b>	

(cont.)

(cont.)

Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:
Acção:	Local:

**Investigação (Não académicos, certificados por uma Instituição, ver anexo II alínea c))**

Título:	Instituição:
Título:	Instituição:
Título:	Instituição
Título:	Instituição
Título:	Instituição
Título:	Instituição
Título:	Instituição
Título:	Instituição
Título:	Instituição:
Título:	Instituição:
Título:	Instituição:
Título:	Instituição:
Título:	Instituição:
Título:	Instituição:
Título:	Instituição:
Título:	Instituição:

**PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DE PROJECTOS OU PROGRAMAS NO ÂMBITO DA SAÚDE**

(Certificados pelo Órgão estatutariamente competente da Instituição responsável)

**Elaboração de projectos ou programas**

1.	Instituição:
2.	Instituição:
3.	Instituição:

**Operacionalização ou acompanhamento de projectos ou programas**

1.	Instituição:
2.	Instituição:
3.	Instituição:

<b>PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES DE CARIZ CIENTÍFICO NO ÂMBITO DA SAÚDE</b>		
<b>Livros e/ou Artigos Publicados/Traduções</b>	<b>Editor/Publicação</b>	<b>Ano</b>
<b>Comunicações</b>	<b>Local</b>	<b>Ano</b>

<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>	_____ (Anos)
-------------------------	--------------

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Assinatura)