



離島醫療綜合體北京協和醫院澳門醫學中心
Complexo de Cuidados de Saúde das Ilhas - Centro Médico de Macau do
Peking Union Medical College Hospital
The Islands Healthcare Complex - Macao Medical Center of
Peking Union Medical College Hospital

Procuração de uso dos dados pessoais do candidato

Eu, _____ (nome completo), maior de idade, titular
do _____ (tipo de bilhete de identificação), com o número
_____ (número do bilhete), emitido por _____
(entidade emissora do bilhete) a _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano), declaro,
para os devidos fins, que autorizo a entidade recrutadora, o Complexo de Cuidados de Saúde das Ilhas
- Centro Médico de Macau do *Peking Union Medical College Hospital*, a utilizar os meus dados de
identificação, bem como as outras informações, incluindo as experiências académica e profissional,
competências linguísticas, títulos de empregos, cargos, situações profissionais e locais de trabalho,
entre outro, para efeitos de avaliação da presente candidatura.

Assinatura : _____

Data : _____

(Dia/Mês/Ano)