



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

Declaração de aquisição do certificado do reconhecimento de qualificações profissionais

Eu, _____ (nome completo), maior de idade, titular do Bilhete de Identidade de Residente da Região Administrativa Especial de Macau (RAEM), com o número _____, emitido pela Direcção dos Serviços de Identificação da RAEM a _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano), declaro, para os devidos fins, que pretendo candidatar-me ao cargo de _____.

Confirmo que tenho conhecimento claros dos certificados do reconhecimento de qualificações profissionais necessários para o cargo a que me candidato e comprometo-me a, apesar de ainda não os ter obtido, efectuar os procedimentos necessários nos termos da Lei n.º 18/2020 (Regime da qualificação e inscrição para o exercício de actividade dos profissionais de saúde), prevendo que até à data do, ou antes do, _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano), consiga obter os certificados necessários. Compreendo que, se não os apresentar dentro do prazo estipulado, resultará na desqualificação da minha candidatura por falta de qualificações necessárias.

Assinatura : _____

Data : _____

(Dia/Mês/Ano)