*Limite anual trabalho suplementar – internato médico*

Exmo./a Senhor/a Presidente

do Conselhode Administração do

...

C/ Conhecimento

Direção do Internato Médico

Diretor/a do Serviço de Urgência

F \_\_\_ (identificação pessoal e profissional completa), na qualidade de associado/a do Sindicato Independente dos Médicos, vem declarar:

1. A sua indisponibilidade, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 2 do art. 38.º do Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 79/2018, de 16 de março, para prestar mais do que 150 horas anuais de trabalho suplementar, logo que verificada em cada ano, a começar no corrente ano de 20\_\_, a condição da efetiva prestação pelo/a signatário/a do supra aludido limite máximo anual de trabalho a que está obrigado/a;
2. A presente declaração tem efeitos a partir de \_\_\_[[1]](#footnote-1).

O/A Médico/a Interno/a,

1. Indicar data, não inferior a 30 dias de aviso prévio, contado do primeiro dia, inclusive, após a data de entrega da presente declaração. O dia da receção pela entidade não conta. [↑](#footnote-ref-1)