ACSS
ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Pedido de Certificado Comprovativo do Grau de Especialista

Ao Conselho Diretivo da
Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Parque de Saúde de Lisboa, Ed. 16
Av. do Brasil nº 53
1700 – 063 Lisboa

Nome completo: _____

N.º de Identificação Fiscal (NIF): _____

Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade n.º _____ **Válido até** 01/01/2018

Emitido pelo Arquivo de _____, **Titular da Cédula Profissional n.º** _____

Residente em: _____

Código Postal: _____ **Localidade** _____

Telefone / Telemóvel n.º: _____ **Email:** _____

colocado no Concurso (ano de ingresso no internato) _____, **na área de especialização de:** _____, **no Hospital / Centro de Saúde de** _____

_____, **vem, por este meio, solicitar o certificado comprovativo de obtenção de título de especialista em** _____ **após a realização de exame final no (dia/mês/ano)** 01/01/2018 **no** _____ **(nome da entidade onde realizou o exame), com a classificação de** _____ **valores.**

Pede deferimento

Assinatura: _____

Data: 01/01/2018

Nota: A ACSS só emite certificados de exame de avaliação final a partir de 2007. Certificados anteriores a essa data devem ser solicitados nas instituições onde fizera, o exame de saída de especialidade.

Anexos:

- Comprovativo de pagamento do pagamento da verba emolumentar.

Pagamento: Pela emissão de ato certificativo (deliberação n.º 29-CD/2014): € 5

Formas de Pagamento:

- Transferência bancária para o seguinte NIB / IBAN (indicando na descrição o nome da pessoa em que foi pedida a emissão da declaração)

NIB:	**078101120000000840770**
IBAN:	**PT5007810112000000840770**

O comprovativo da transferência deve acompanhar o respetivo requerimento a entregar na ACSS, IP.

Não serão aceites pagamentos em numerário enviado por correio.