



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

Requerimento de autorização transitória para exercício de enfermagem do trabalho

Exma. Senhora

Diretora Regional da Saúde

Nome completo do enfermeiro _____ ,
Data de nascimento ____/____/____ N.º de identificação civil _____
Morada _____ Código postal _____ - _____
Telefone/telemóvel _____ Endereço de correio eletrónico _____ ,
N.º de cédula profissional _____ N.º mensal de horas _____ a dedicar à atividade de enfermagem do
trabalho, vem solicitar a V. Exa. autorização transitória para o exercício de enfermagem do trabalho, no âmbito
da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação, e de acordo com a Orientação Técnica n.º 02/2021, de
21-12-2021, da Direção Regional da Saúde.

Junta-se os seguintes elementos:

- Cópia do documento de identificação civil
- Cópia da cédula profissional (válida)
- Cópia do certificado/certidão da licenciatura em enfermagem
- Declaração de número mensal de horas a dedicar à atividade de enfermagem do trabalho e sua compatibilidade com atividade do SRS, se aplicável

Pede deferimento,

Localidade _____, ____/____/____

Assinatura _____

