



## FORMULÁRIO DE CANDIDATURA A PROCEDIMENTO CONCURSAL

### CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO

Código da publicação do procedimento

JORAM   
BEP-RAM

Código de candidato

### CARATERIZAÇÃO DO POSTO DE TRABALHO

Carreira \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_

Área de atividade \_\_\_\_\_

RJEP por tempo indeterminado

  
  

RJEP por tempo determinado

RJEP por tempo determinável

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo:

Data de nascimento:  /  /  Sexo: Masculino  Feminino

Nacionalidade:

N.º Identificação Fiscal:

N.º BI/Cartão Cidadão:   Validade:

Morada:

Código Postal:   Localidade: \_\_\_\_\_

Concelho de residência:

Telefone:  Telemóvel:





Endereço eletrónico: \_\_\_\_\_

Comunicações por telefone ou correio eletrónico:  
Na ausência de indicação será considerado SIM

SIM  NÃO

## 2. NÍVEL HABILITACIONAL

Assinale o quadrado apropriado:

<b>01</b> Menos de 4 anos de escolaridade	<input type="checkbox"/>	<b>08</b> Bacharelato	<input type="checkbox"/>
<b>02</b> 4 anos de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico)	<input type="checkbox"/>	<b>09</b> Licenciatura	<input type="checkbox"/>
<b>03</b> 6 anos de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)	<input type="checkbox"/>	<b>10</b> Pós-graduação	<input type="checkbox"/>
<b>04</b> 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)	<input type="checkbox"/>	<b>11</b> Mestrado	<input type="checkbox"/>
<b>05</b> 11.º ano	<input type="checkbox"/>	<b>12</b> Doutoramento	<input type="checkbox"/>
<b>06</b> 12.º ano (ensino secundário)	<input type="checkbox"/>	<b>13</b> Curso de especialização tecnológica	<input type="checkbox"/>
<b>07</b> Curso tecnológico /profissional/ outros (nível III) (*)	<input type="checkbox"/>	<b>99</b> Habilitação ignorada	<input type="checkbox"/>

(\*) Nível III: Nível de qualificação da formação (c/ equivalência ao ensino secundário)

**2.1. Identifique o curso e /ou área de formação:**

**2.2. Indique cursos de pós-graduação, mestrado ou doutoramento:**

## 3. SITUAÇÃO JURÍDICO/FUNCIONAL DO CANDIDATO

**3.1. Titular de relação jurídica de emprego público?** Sim  Não

**3.2. Em caso negativo passe diretamente ao ponto 4. deste formulário.**

**Em caso afirmativo, especifique qual a sua situação:**

<b>3.2.1. Nomeação</b>	<b>Definitiva</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Transitória por tempo determinado</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Transitória por tempo determinável</b>	<input type="checkbox"/>





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

3.2.2. Contrato	Tempo indeterminado	
	Tempo determinado	
	Tempo determinável	
3.2.3. Situação atual	Em exercício de funções	
	Em licença	
	Em SME	
	Outra	

3.2.4. Órgão ou serviço onde exerce ou por último exerceu funções:

---

3.2.5. Carreira e categoria detidas:

---

3.2.6. Atividade exercida ou que por último exerceu no órgão ou serviço:

---

3.2.7. Avaliação de desempenho (últimos três biénios/avaliações):

Ano/Biênio	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>
Biénio	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>
Biénio	<input type="text"/>	Menção quantitativa	<input type="text"/>

#### 4. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FUNÇÕES EXERCIDAS

4.1. Funções exercidas, diretamente relacionadas com o posto de trabalho a que se candidata:

Funções	Data	
	Início	Fim





#### 4.2. Outras funções e atividades exercidas:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 5. FORMAÇÃO OU EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL SUBSTITUTIVA DO NÍVEL HABILITACIONAL EXIGIDO

No caso de a publicitação permitir a candidatura sem o grau académico exigido, indique a formação ou experiência profissional substitutiva.

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 6. OPÇÃO POR MÉTODOS DE SELEÇÃO (\*)

Se está a cumprir ou a executar a atribuição, competência ou atividade caracterizadoras do(s) posto(s) de trabalho em causa ou, encontrando-se em situação de requalificação, imediatamente antes tenha desempenhado aquela atribuição, competência ou atividade e pretende usar da prerrogativa de afastamento do método de seleção obrigatório, nos termos do n.º 3 do artigo 36.º da LTFP e do n.º 2 do artigo 16.º do Decreto Legislativo Regional n.º 11/2018/M, de 3 de agosto, assinale a seguinte declaração:

"Declaro que afasto o método de seleção obrigatório, **Avaliação curricular**, e opto pelo método de seleção **Prova de conhecimentos**".

(\*) Não aplicável aos candidatos beneficiários de programas de emprego que ocuparam o posto de trabalho posto a concurso, entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2018 – 1.ª prioridade.





## 7. OPÇÃO POR CUMULAÇÃO DE MÉTODOS DE SELEÇÃO (\*\*)

Se é candidato beneficiário de programa de emprego que ocupou o posto de trabalho posto a concurso, entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2018 – 1.ª prioridade –, e pretende usar da opção de cumular com o método de seleção obrigatório, Avaliação curricular, estabelecido no n.º 3 do artigo 45.º da Decreto Legislativo Regional n.º 26/2018/M, de 31 de dezembro, o método de seleção Prova de conhecimentos, estabelecido no Decreto Legislativo Regional n.º 11/2018/M, de 3 de agosto, assinale a seguinte declaração:

"Declaro que pretendo cumular com o método de seleção obrigatório, **Avaliação curricular**, o método de seleção **Prova de conhecimentos**".

(\*\*) Aplicável exclusivamente aos candidatos beneficiários de programas de emprego que ocuparam o posto de trabalho posto a concurso, entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2018 – 1.ª prioridade.

## 8. REQUISITOS DE ADMISSÃO

"Declaro que reúno os requisitos previstos no **artigo 17.º da LTFP** e, se for o caso, os requisitos exigidos na **subalínea v) da alínea d) do n.º 1 do artigo 19.º da Portaria n.º 125-A/2019, de 30/04**".

Sim

Não

## 9. NECESSIDADES ESPECIAIS

Caso lhe tenha sido reconhecido, legalmente, algum grau de incapacidade, indique se necessita de meios / condições especiais para a realização dos métodos de seleção.

---

---

---

## 10. DECLARAÇÃO (alínea g) do n.º 1 do artigo 19.º da Portaria n.º 125-A/2019, de 30/04)

"Declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas".

Localidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura

---





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

**Documentos que anexa à candidatura:**

**Currículo**

**Certificado de habilitações**

**Comprovativos de formação  
(Quantidade \_\_\_\_\_)**

**Declaração (*subalínea ii) da  
alínea d) do n.º 1 do artigo 19.º  
da Portaria n.º 125-A/2019,  
30/04*) (\*)**

**Outros:**

---

---

(\*) Relação jurídica de emprego público previamente estabelecida, quando exista, bem como da carreira e categoria de que seja titular, da atividade que executa e do órgão ou serviço onde exerce funções.

