

AUTORIZO ☐

NÃO AUTORIZO ☐

____/____/____

REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO/SUSPENSÃO DE BOLSA DE ESTUDO INTERNATO MÉDICO

Exma. Senhora

Secretária Regional de Saúde e Proteção Civil

Nome _____, n.º mecanográfico _____,
colocado no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM na especialidade de
_____, no concurso referente ao ano de _____, a exercer
funções no _____, tendo-lhe sido concedida
bolsa de estudos e viagens para o estágio de _____ no(s)
período(s) de _____, no hospital _____, por
despacho de Sua Excelência o Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil de _____,
nos termos do Regulamento de Concessão de Bolsas de Estudo para a frequência de cursos,
estágios e outras atividades de formação, aprovado pelo Despacho n.º 14/81, de 24 de fevereiro,
do Secretário Regional dos Assuntos Sociais, publicado no JORAM, II série, n.º 6, de 5 de março,
e suas alterações, solicita a V. Exa.:

☐ **Alteração do(s) período(s) de concessão da bolsa de estudos e viagens** para o(s) período(s)
de _____, no hospital _____;

☐ **Suspensão da concessão da bolsa de estudos e viagens** no(s) período(s) de
_____.

Funchal, _____ de _____ de _____

Pede Deferimento

Observação: Assinalar o quadrícula aplicável.

INFORMAÇÃO INTERNA

Diretor de Serviço em ____/____/____

Tutor em ____/____/____

Informação da Direção / Coordenação do Internato Médico em ____/____/____

Observações: _____

Conselho de Administração do SESARAM, EPERAM

☐ Opõe-se

Em ____/____/____

☐ Não se opõe**INFORMAÇÃO EXTERNA**

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Ofício de saída do SESARAM, EPERAM n.º _____ de _____ com a entrada no
IASAÚDE, IP-RAM n.º _____ de _____.

Informação: _____

A Presidente do Conselho Diretivo

Em ____/____/____

(Rubina Silva)