



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL  
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

(Parque de Saúde de Lisboa, Ed. 16, Av. do Brasil n.º 53, 1700 – 063 Lisboa)

Nome \_\_\_\_\_,

nacionalidade \_\_\_\_\_,

residência \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_ e

telefone \_\_\_\_\_, portador da cédula profissional n.º \_\_\_\_\_ solicita a

V. Ex.<sup>as</sup> que certifique que a formação em \_\_\_\_\_, de que é detentor, cumpre os requisitos da Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005.

A referida declaração destina-se a (País) \_\_\_\_\_.

Pede deferimento.

(data)

(assinatura)

**Anexos:** Fotocópia do Diploma ou Certificado do Curso com data de conclusão do mesmo;

Fotocópia do Bilhete de Identidade;

Fotocópia da cédula profissional.

**Pagamento:** 5,00€

**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:** 07810112000000840770

**IBAN:** PT5007810112000000840770

**Nota:** A emissão da referida declaração está dependente da obtenção da cédula profissional nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 320/99 de 11 de agosto.