**DIREÇÃO DE SERVIÇOS OU DEPARTAMENTOS HOSPITALARES**

**OPOSIÇÃO À APLICAÇÃO DO REGIME DE DEDICAÇÃO PLENA**

**MINUTA**

**«Exmo(a). Senhor(a)**

**Presidente do Conselho de Administração**

**do (Hospital (…, E. P. E.)/Centro Hospitalar (…, E. P. E.)/Unidade Local de Saúde (…, E. P. E)**

**(Nome completo)**, médico(a), titular da cédula profissional n.º (…), (assistente/assistente graduado/assistente graduado sénior), da carreira (especial médica/médica), da área profissional hospitalar, Diretor do Serviço/Departamento de (…), vem, nos termos e para os efeitos do disposto nos n.ºs. 1 e 4, alínea a), do artigo 20.º, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro e a coberto da presente Declaração, manifestar a sua oposição à aplicação do regime de dedicação plena.

(Local), (Data)

O(A) Trabalhador(a) Médico(a)

(Assinatura)»