**INTERNATO MÉDICO**

**DECLARAÇÃO DE INDISPONIBILIDADE**

**PARA A PRESTAÇÃO DE TRABALHO SUPLEMENTAR**

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Presidente do Conselho de Administração**

**do (…)**[[1]](#footnote-1)

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Diretor(a) Clínico(a)**

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Diretor(a) do Serviço de (…)**[[2]](#footnote-2)

**(Nome completo)**, médico(a) interno(a), da área hospitalar, a frequentar o (…).º ano da forma especializada em (…), vinculado(a) à Administração Regional de Saúde de (…), I. P., por contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo incerto, com o número mecanográfico (…), associado(a) n.º (…) do Sindicato dos Médicos da/o (…), titular da cédula profissional n.º (…), vem, pela presente Declaração, manifestar a sua indisponibilidade para, no corrente ano de 2023, prestar todo e qualquer trabalho suplementar para além do limite máximo de 150 horas, nos termos e para os efeitos do disposto no **artigo 3.º, n.ºs. 4 e 9, do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho**, na redação introduzida pelo **artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro**.

Em face de tal indisponibilidade, uma vez atingido o referido limite máximo de 150 horas, não deverá ser determinada a prestação, ao(à) Declarante, de qualquer trabalho suplementar no âmbito do Serviço de Urgência, Interna e Externa, das Unidades de Cuidados Intensivos, das Unidades de Cuidados Intermédios e de outras Unidades Funcionais similares ou equiparadas.

A presente Declaração produz efeitos a partir do dia seguinte ao da sua emissão.

(Local), (Data)

O(A) Trabalhador(a) Médico(a) Interno(a)

(…)

1. Centro Hospitalar, Hospital ou Unidade Local de Saúde. [↑](#footnote-ref-1)
2. Serviço, departamento ou unidade hospitalar onde o médico declarante exerce funções. [↑](#footnote-ref-2)