

見習申請表
Formulário de solicitação de estágio

申請人資料：
Dados do(a) requerente:

姓名(中文) Nome (em chinês) : _____	相片 Fotografia
姓名(葡文) Nome (em português) : _____	
父親姓名(中文或葡文) Nome do pai (chinês ou português) : _____	
母親姓名(中文或葡文): Nome da mãe (chinês ou português): _____	
出生日期 _____ 出生地 _____ Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____	
現居於 _____ Morada : _____	
聯絡電話 _____ 電郵 _____ Telefone de contacto: _____ Correio electrónico: _____	
澳門居民身份證編號 _____ 或其他證件 _____ 編號 _____ BIRM N.º : _____ ou outro tipo de documento de identificação: _____ N.º: _____	
現就讀於學校/大學 _____ Escola/Universidade: _____	
課程 _____ 年級 _____ Curso: _____ Ano de escolaridade : _____	
見習地點： Local do estágio: _____	
見習日期： _____ 至 _____ Período do estágio: ____/____/____ a ____/____/____	

本人現向衛生局局長 閣下，申請到上述地點和時間進行見習，敬請批准。

Vem, por este meio, solicitar ao Exm.º Senhor Director dos Serviços de Saúde autorização para realização do estágio no local e período acima indicados.

申請人
O(a) requerente,

註 1：按本局《見習規範》之規定，於見習完結後，本局可發出見習證明，以證明 台端之見習時段及部門，但不作任何之見習評核。

Nota 1：De acordo com o regulamento do estágio, após a sua conclusão, é emitida por estes serviços uma certidão comprovativa do local e período do estágio, contudo, não há lugar a qualquer tipo de avaliação.

註 2：獲批准見習者應自行購買人身意外保險*，以保障於見習期間因任何意外或損傷而造成的損害賠償，並請向本局提供有關的保險憑證/保單正本。

Nota 2：Documento original do seguro de acidentes de trabalho* adquirido pelo estagiário, a fim de garantir a sua indemnização em caso de eventuais acidentes ou danos ocorridos durante o período do estágio.

* 購買之人身意外保險保障範圍包括：

* A aquisição de uma apólice de seguro de acidentes de trabalho deve dar cobertura a:

2.1 在見習期內，見習生在澳門境內由於意外引致死亡或永久完全殘廢，

2.1 Morte ou invalidez permanente do estagiário resultante de acidentes durante o período do estágio em Macau.

2.2 因工作期間感染傳染病引致死亡。

2.2 Morte provocada por doenças infecciosas contraídas durante o período do estágio.

須遞交之申請文件

Documentos necessários a apresentar:

- 個人履歷 Curriculum vitae
- 身份證明文件副本 Cópia do documento de identificação
- 在學證明文件或學生證副本
Cópia do documento comprovativo da matrícula escolar ou cartão de estudante

遞交申請文件的方法

Forma de entrega dos documentos:

- 郵寄地址：寄澳門若憲馬路衛生局局長收；
Endereço postal: Dirigido ao Exm.º Senhor Director dos Serviços de Saúde, Estrada de Visconde de São Januário;
- 親臨地點：澳門若憲馬路仁伯爵綜合醫院
地下文書科
Local de entrega pessoal: Secção de Expediente, rés-do-chão do Centro Hospitalar Conde de São Januário