CASA DO PESSOAL
HOSPITAL PADRE AMÉRICO - VALE DO SOUSA

MEDIDAS DE APOIO A ASSOCIADO(A)

Registo Interno nos Serviços Sociais do Pessoal: _____ Rubrica: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

N.º Associado(a): Serviço:

Nome:

Telefone / Telemóvel: *

Endereço de Correio Eletrónico: @

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA SOBRE APOIO PRETENDIDO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Poderá anexar fotocópias de Documento(s) que possam auxiliar a tomada de decisão.

Assinatura: _____ Data: _____/_____/____

APRECIAÇÃO E DELIBERAÇÃO EM SEDE DE REUNIÃO DE DIREÇÃO:

_____

_____

_____

_____

Assinaturas: _____ Data: _____/_____/____

Entregue em: _____/_____/____ Por: _____

Recebi em: _____/_____/____ Por: _____