

Carta de pedido (Exemplar)

Pedido de exame médico de Saúde Ocupacional para os trabalhadores da nossa empresa -Carta de pedido

(A carta de pedido deve ser preenchida pelo empregador ou seu representante legal)

Para: Chefe do Departamento de Segurança e Saúde Ocupacional, Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais, Macau SAR, China

Assunto: Pedido de exame médico de Saúde Ocupacional para os trabalhadores da nossa empresa

Exmo. Sr.

1. A nossa empresa, _____ (nome da empresa), sita na/no _____ (endereço da empresa) vem, por este meio, solicitar que seja efectuado exame médico de Saúde Ocupacional a _____ (quantidade de trabalhadores a serem examinados) trabalhadores. Para qualquer esclarecimento, por favor contacte:
Nome completo da pessoa de contacto: Sr. / Sra. _____
Número de telefone:(Escritório) _____ (Fax) _____
E-mail: _____
2. Por este meio declaro que a informação acima é verdadeira, não existindo falsas declarações. Concordo ainda que os meus dados pessoais e documentos sejam enviados para a Polícia Judiciária da Região Administrativa Especial de Macau, se necessário.
3. De acordo com a “Lei da Protecção de Dados Pessoais”, o acesso e correcção dos dados pessoais pode ser efectuado, pelo(a) interessado(a), através de pedido por escrito, dirigido à Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais.

Com os melhores cumprimentos

Nome do requerente ou do responsável legal
(Por favor, assinar e carimbar com carimbo da empresa)

Data: _____

Observações:

1. Declaro que todas as informações dadas são verdadeiras e sem falsas declarações.
2. O formulário de candidatura e carta podem ser submetidos por fax (2852 9799), e-mail

(dsaldsso@dsal.gov.mo) ou pessoalmente (endereço: Av. Dr. Francisco Vieira Machado, n.ºs 221-279, Edif. "Advance Plaza", 2.º andar, Macau).

- Os empregadores devem apresentar fotocópias de outros documentos exigidos pela DSAL mediante solicitação.



Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais

Para uso exclusivo da DSAL

Data do pedido: ____/____/____ (dia/mês/ano)	N.º do pedido: ____ - 20 ____	Assinatura do trabalhador da DSAL que recebeu o requerimento:
Data da recepção do pedido: ____/____/____ (dia/mês/ano)	Telefone informativo da DSAL: n.º 8399 9270	