

【Declaração de consentimento】**(A preencher pelo menor)****Assunto: Pedido de realização de exames médicos antes/depois da admissão e de levantamento de atestado médico**

Nome do menor	Em chinês	Em língua estrangeira ou romanização	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Data de nascimento	____/____/____ (dia/mês/ano)
Morada:				Nº do BIR:	
Telefone de contacto:		Telemóvel:		Habilitações literárias	<input type="radio"/> Ensino primário <input type="radio"/> Ensino secundário elementar <input type="radio"/> Ensino secundário complementar <input type="radio"/> Outros (indicar) _____
Nome do representante legal	Tipo de documento de identificação:		Relação com o menor:		
Morada:		Telefone de contacto:		Telemóvel:	
Finalidade do atestado de exame médico (indique a natureza do trabalho que pretende exercer)					

Dados do empregador que pretende contratar o menor					
Nome do empregador ou denominação da entidade:					
Endereço: _____					
_____ Telefone de contacto: _____					

Nota: Declaro que dou o meu consentimento para a realização de exame médico e para a entrega do respectivo atestado médico ao empregador ou ao seu representante legal.

_____ Data: ____ de _____ de _____ (dia/mês/ano)

Declaração do DSAL sobre Recolhimento de Dados Pessoais

- Os dados pessoais recolhidos são tratados com finalidades relativas ao seu pedido.
- Nos termos do artigo 11º da Lei n.º 8/2005 (Lei da Protecção de Dados Pessoais), qualquer pessoa pode consultar as informações registadas.
- O declarante tem direito a aceder, actualizar ou corrigir as informações declaradas no SAFP, nos termos da legislação aplicável.

 **Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais -- Notificação sobre o “exame médico ao menor”**

Observações:	Talão
	Nome do menor: _____ Data do exame médico: ____ / ____ / 20__ ____ (____ feira) Hora: ____ horas e ____ minutos Local do exame: GABINETE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL 2º andar da DSAL, sita na Avenida do Dr. Francisco Vieira Machado, nºs 221-279
<ul style="list-style-type: none"> Informe o seu empregador ou o representante legal deste que a data de emissão do atestado de exame médico está prevista para o dia ____ de ____ de ____ (dia/mês/ano) (Nota: em caso de ocorrência de circunstâncias especiais, será notificado da outra data para o levantamento do atestado). Se for hasteado o sinal de tempestade tropical nº 8 ou o de chuva intensa em Macau, o exame médico observa o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> Se o sinal estiver hasteado às 7:30h, os exames marcados para a parte da manhã daquele dia são cancelados; Se o sinal estiver hasteado ao meio-dia, os exames marcados para a parte da tarde daquele dia são cancelados; Se o sinal de tempestade tropical nº 8 ou superior for hasteado durante os exames, estes são suspensos imediatamente e adiados para outra data a comunicar posteriormente pela DSAL. Telefone informativo da DSAL: nº 8399 9270 - Sra. Fong; nº 8399 9290 ou 8399 9133 – Sr. Vong A prestação de trabalho por menores carece de autorização do seu representante legal, nos termos do artigo 28º da Lei nº 7/2008. 	Assinatura do trabalhador da DSAL que recebeu a declaração:
OBS: 1. Os menores devem comparecer para o exame médico acompanhados do seu documento de identificação e da presente notificação; 2. Os menores com idade inferior a 13 ou menos anos devem comparecer acompanhados do seu Boletim de Saúde Infantil e Boletim Individual de Vacinas.	