

## 【Declaração de consentimento】

(A preencher pelo menor)

**Assunto: Pedido de assistência na realização de exames médicos para trabalhadores menores antes do / durante o período de contratação e no levantamento dos atestados médicos**

|  |                                     |                       |   |                         |  |
|--|-------------------------------------|-----------------------|---|-------------------------|--|
| Nome do menor  | Em caracteres chineses              | Romanizado            | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | Data de nascimento      | ____/____/____<br>(dia/mês/ano)  |
| Morada:  |                                     |                       |   | Nº do BIR:              |  |
| Telefone de contacto:  |                                     | Telemóvel:            |   | Habilitações académicas | <input type="radio"/> Ensino primário<br><input type="radio"/> Ensino secundário elementar<br><input type="radio"/> Ensino secundário complementar<br><input type="radio"/> Outros (indicar) _____ |
| Nome do tutor legal  | Tipo de documento de identificação: |                       | Relação com o menor:                            |                         |  |
|  | Nº:                                 |                       |   |                         |  |
| Morada:  |                                     | Telefone de contacto: |   | Telemóvel:              |  |
| <b>Finalidade do atestado médico (indique a natureza do trabalho que pretende exercer)</b> |                                     |                       |   |                         |  |
| _____  |                                     |                       |   |                         |  |
| <b>Dados do empregador que pretende contratar o menor</b>                                  |                                     |                       |   |                         |  |
| Nome do empregador ou denominação da entidade:   |                                     |                       |   |                         |  |
| _____  |                                     |                       |   |                         |  |
| Endereço: _____  |                                     |                       |   |                         |  |
| Número 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.

Assinatura do menor ou do seu tutor legal, caso o menor tenha idade inferior a 16 anos:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
(dia/mês/ano)



**Direcção dos Serviços para os Assuntos Laborais**

Notificação sobre o “exame médico ao menor”

|   |   |
|---|---|
| <b>Observações:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Linha de Apoio da DSAL: nº 2871 9936</li><li>● A prestação de trabalho por menores carece de autorização do seu tutor legal, nos termos do artigo 28º da Lei nº 7/2008.</li></ul> | <b>Talão</b>  |
|   | Nome do menor: _____<br>Local do exame: _____<br><b>Instituição médica qualificada na RAEM:</b> _____ |
| OBS.: Os menores devem comparecer para o exame médico acompanhados do seu documento de identificação e da presente notificação  | Assinatura do trabalhador da DSAL que recebeu a declaração:   |