|  |
| --- |
| **專業委員會意見PARECER DO CONSELHO DE ESPECIALIDADES** |
| ⬜ 同意 Concordo  ⬜ 不同意 Recursado  原因 Razão︰ |

**尊敬的專業委員會主席　閣下︰**

**Exm.º Senhor Presidente do Conselho de Especialidades:**

**本人現謹向　閣下申請成為澳門醫學專科學院院士，並承諾會遵守作為澳門醫學專科學院院士相關的 一切規定，現提供如下資料︰**

Venho por este meio canditatar-me a membro da Academia Médica de Macau.  Comprometo-me cumprir todas as normas definidas pela Academia Médica de Macau associadas aos membros. Para os devidos efeitos, forneço as seguintes informações:

請以正楷字體填寫，並用🗹指出選項。Preencha em letra de imprensa e assinale com 🗹 a sua resposta.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第一部分︰個人資料 1.a PARTE: DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | |
| 中文姓名  Nome em chinês |  | | | 外文姓名  Nome estrangeiro | |  | | | | | |
| 身份證明文件類別  Tipo do documento de identificação | ⬜ | 澳門永久性居民身份證  BIR (Residente permanente) | | | | 性別  Sexo | ⬜ 男 M ⬜ 女 F | | | | |
| ⬜ | 澳門非永久性居民身份證  BIR (Residente não permanente) | | | | 出生日期  Data de nascimento |  | / |  | / |  |
| 日Dia 月Mês 年Ano | | | | |
| ⬜ | 其他（請註明）  Outros (Indique) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 澳門聯絡電話  Telefone em Macau |  | | | | |
| 編號N.o | |  | | | 電郵E-mail  \*必須填寫Preenchimento obrigatório |  | | | | |
| 通訊地址  Endereço |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **第二部分︰申請認可的專科**  **2.a PARTE: ESPECIALIDADE REQUERIDA PARA RECONHECIMENTO** | |
| 專科名稱  Nome de especialidade |  |

請按照表格尾頁的「填寫指引」填寫專科名稱。

Por favor preencha o nome de especialidade conforme a “INSTRUÇÕES” na página última.

申請人簽名（須與身份證明文件相符）

Assinatura do requerente

(Conforme o doc. De identificação)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ /

日Dia 月Mês 年Ano

|  |  |
| --- | --- |
| **部門專用**  **ESPAÇO RESERVADO AO SERVIÇO** | |
| 新院士編號  N.o de membro novo |  |

請以正楷字體填寫，並用🗹指出選項。Preencha em letra de imprensa e assinale com 🗹 a sua resposta.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第三部分︰高等學歷資料**  **3.a PARTE: HABILITAÇÕES ACADÉMICAS DE NÍVEL SUPERIOR** | | | | | |
| 入學日期  Data de entrada  (月Mês/年Ano) | 結束日期  Data de termo  (月Mês/年Ano) | 學校名稱  Nome da Instituição | 修讀學科  Curso | 學歷水平  Nível de habilitações | |
|  |  |  |  | ⬜ 學士Licenciatura | ⬜ 博士Doutoramento |
| ⬜ 碩士Mestrado | ⬜ 其他(請註明) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Outros (Indique) |
|  |  |  |  | ⬜ 學士Licenciatura | ⬜ 博士Doutoramento |
| ⬜ 碩士Mestrado | ⬜ 其他(請註明) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Outros (Indique) |
|  |  |  |  | ⬜ 學士Licenciatura | ⬜ 博士Doutoramento |
| ⬜ 碩士Mestrado | ⬜ 其他(請註明) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Outros (Indique) |
|  |  |  |  | ⬜ 學士Licenciatura | ⬜ 博士Doutoramento |
| ⬜ 碩士Mestrado | ⬜ 其他(請註明) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Outros (Indique) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第四部分︰已完成專科培訓資料（倘適用）**  **4.a PARTE: FORMAÇÃO DO INTERNATO COMPLEMENTAR (QUANDO APLICÁVEL)** | | | | | | | | | | | |
| 舉辦機構  Entidade promotora | 所在地  Local | 修讀專科  Especialidade | 期間 Duração | | | | | | | | 具證明文件  Comprovativo |
| 開始Início  (日Dia/月Mês/年Ano) | | | | 完成Concluído  (日Dia/月Mês/年Ano) | | | |
|  |  |  |  | / |  | / |  | / |  | / | ⬜ |
|  |  |  |  | / |  | / |  | / |  | / | ⬜ |
|  |  |  |  | / |  | / |  | / |  | / | ⬜ |
|  |  |  |  | / |  | / |  | / |  | / | ⬜ |

申請人簽名（須與身份證明文件相符）

Assinatura do requerente

(Conforme o doc. De identificação)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ /

日Dia 月Mês 年Ano

請以正楷字體填寫，並用🗹指出選項。Preencha em letra de imprensa e assinale com 🗹 a sua resposta.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第五部分︰專業資格／職業培訓資料**  **5.a PARTE: HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS / FORMAÇÃO PROFISSIONAL** | | | | | | | | | | | | | |
| 請按時間順序列出。若此表位置不足，可自行複印續寫。  Liste por ordem cronológica. Se o espaço não for suficiente, esta folha pode ser copiada para preenchimento e adicionada à ficha. | | | | | | | | | | | | | |
| 舉辦機構  Entidade promotora | 專業資格或培訓課程  Habilitações profissionais ou cursos de formação | 期間 Duração | | | | | | | | | | | 具證明文件  Comprovativo |
| 開始  Início  (日Dia/月Mês/年Ano) | | | | | 完成  Concluído  (日Dia/月Mês/年Ano) | | | | | 時數  Horas |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |
|  |  |  | / |  | / |  |  | / |  | / |  |  | ⬜ |

申請人簽名（須與身份證明文件相符）

Assinatura do requerente

(Conforme o doc. De identificação)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ /

日Dia 月Mês 年Ano

請以正楷字體填寫，並用🗹指出選項。Preencha em letra de imprensa e assinale com 🗹 a sua resposta.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第六部分︰擔任醫生的工作經驗資料**  **6.a PARTE: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM MÉDICO** | | | | | | | | | | | |
| 請按時間順序列出。若此表位置不足，可自行複印續寫。  Liste por ordem cronológica. Se o espaço não for suficiente, esta folha pode ser copiada para preenchimento e adicionada à ficha. | | | | | | | | | | | |
| 期間 Duração | | | | | | 職業名稱  Ocupação profissional | 任職機構  Entidade | 職位情況  Situação profissional | | | 具證明文件  Comprovativo |
| 入職  Entrada  (月Mês/年Ano) | | | 離職  Saída  (月Mês/年Ano) | | |
| 全職  Trabalho a tempo inteiro | 兼職  Trabalho a tempo parcial | 實習  Estágio |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  | / |  |  | / |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |

申請人簽名（須與身份證明文件相符）

Assinatura do requerente

(Conforme o doc. De identificação)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ /

日Dia 月Mês 年Ano

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **刑事紀錄/專業失德紀錄的聲明DECLARAÇÃO DO REGISTO CRIMINAL / REGISTO DE MÁ CONDUTA PROFISSIONAL** | | |
| 茲聲明，本人在澳門或以外地區︰  Declaro por minha honra que, em Macau ou fora, eu: | | |
| ⬜ 曾經有**\***  tive\* | ⬜ 從來沒有  nunca tive | 被定罪為刑事罪行的紀錄，且被判處監禁（不論是否有實際服刑）。  registo de crime punído com prisão (Independentemente de ser realmente condenado à prisão). |
| ⬜ 有**\***  tenho\* | ⬜ 沒有  não tenho | 涉及刑事訴訟的案件，且仍在進行中。  caso envoluido processos criminais e ainda em processamento. |
| ⬜ 曾經有**\***  fui \* | ⬜ 從來沒有  nunca fui | 被專業機構裁定犯有專業失德的行為。  considerado culpado de má conduta profissional por uma instituição profissional. |
| ⬜ 有**\***  tenho\* | ⬜ 沒有  não tenho | 涉及紀律程序或聆訊，且仍在進行中。  caso envoluido processo disciplinar ou audiência e ainda em processamento. |

**\***請另用紙張作完整描述或提供相關文件，並一併遞交。

Use um papel separado para a descrição completa ou forneça os documentos relevantes, e entregue em conjunto.

|  |
| --- |
| **申請人的聲明 DECLARAÇÃO DO REQUERENTE** |
| 謹以本人名譽聲明，所提交的資料均屬實。  Declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras.  申請人簽名（須與身份證明文件相符）  Assinatura do requerente  (Conforme o doc. De identificação)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  / /  日Dia 月Mês 年Ano |

|  |
| --- |
| **收集個人資料聲明**  **DECLARAÇÃO PARA EFITOS DE RECOLHA DE DADOS PESSOAIS**  申請人提供的所有資料，僅用作衛生局為評審醫學專科資格的用途，而所提供的個人資料和附件將按照第8/2005號法律《個人資料保護法》的規定進行處理。如衛生局於審查申請人要件時遇有疑問，有關資料可能會送交予有權限機構作核實或查證。申請人依法享有資訊權、查閱權及反對權，行使有關權利時必須以書面方式向衛生局局長提出。  Todas as informações fornecidas pelo requerente servem apenas para a avaliação de qualificação de especialista. Todos os dados pessoais serão processados de acordo com a Lei n.o 8/2005 – "Lei da Protecção de Dados Pessoais”. No caso de dúvidas durante a verificação dos requisitos dos requerentes, as informações podem ser enviadas a entidades competentes para efeitos de confirmação ou de averiguação. O requerente goza, nos termos legais, do direito de informação, do direito de acesso ao processo e do direito de oposição; devendo, contudo, a pretensão do exercício de tais direitos ser requerida, pro escrito, aos Serviços de Saúde. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **收件部門專用 ESPAÇO RESERVADO AO SERVIÇO** | | | | | | |
| 收妥文件Documentos recebidos | | | | 已遞交Entrega | | 備註Notas |
| 身份證明文件副本  Cópia do documento de identificação | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| 高等學歷證明文件副本  Cópia das habilitações académicas de nível superior | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| 已完成專科培訓證明文件副本  Cópia dos documentos comprovativos de formação do internato complementar | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| 第五部分︰專業資格／職業培訓資料  5.a Parte: Habilitações profissionais / Formação profissional | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| 第六部分︰擔任醫生的工作經驗資料  6.a Parte: Experiência profissional em médico | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| 專業資格證明文件副本  Cópia dos documentos comprovativos das habilitações profissionais | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| 職業培訓證明文件副本  Cópia dos documentos comprovativos da formação profissional | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| 工作經驗證明文件副本  Cópia dos documentos comprovativos de experiência profissional | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| 其他（請註明）  Outros (Indique) | | | | \_\_\_\_\_頁 Folha(s) | |  |
| **收件紀錄 REGISTO DE ENTRADA** | | | | | | |
| 收件編號  N.o de Entrada |  | 經手人  Executante |  | | 日期  Data | / /  日Dia 月Mês 年Ano |

**填寫指引 INSTRUÇÕES**

1. 請用藍色或黑色原子筆及以正楷字體填寫，並用🗹指出選項。

Preencha em letra de imprensa com caneta esferográfica de tinta azul ou preto, e assinale com 🗹 a sua resposta.

1. 下列為澳門醫學專科學院認可的專科︰

As especialidades reconhecidas pela Academia Médica de Macau:

| **分科學院Área de Colégio** | **專科範圍Áreas profissionais de especialização** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 內科  Medicina Interna | 1. 內科   Medicina Interna | 1. 心臟科   Cardiologia | 1. 血液科   Hematologia |
| 1. 腎科   Nefrologia | 1. 肺科   Pneumologia | 1. 神經科   Neurologia |
| 1. 皮膚科   Dermatologia | 1. 胃腸科   Gastroenterologia | 1. 腫瘤科   Oncologia |
| 1. 復康科   Reabilitação | 1. 內分泌及代謝科   Endocrinologia e Metabolismo | 1. 風濕科   Reumatologia |
| 1. 感染科   Infecciologia | 1. 老年醫學科   Medicina Geriátrica | 1. 精神科   Psiquiatria |
| 1. 運動醫學科   Medicina Desportiva |  | |
| 外科  Cirurgia | 1. 普通外科   Cirurgia Geral | 1. 心胸外科   Cirurgia Cardio-toracica | 1. 小兒外科   Cirurgia Pediátrica |
| 1. 血管外科   Cirurgia vascular | 1. 整形外科   Cirurgia Plástica | 1. 神經外科   Neurocirurgia |
| 1. 泌尿科   Urologia |  | |
| 麻醉科  Anestesiologia | 麻醉科  Anestesiologia |  | |
| 骨科  Ortopedia | 骨科  Ortopedia |  | |
| 婦產科  Ginecologia e Obstetrícia | 婦產科  Ginecologia e Obstetrícia |  | |
| 兒科  Pediatria | 兒科  Pediatria |  | |
| 急重症科  Medicina Intensiva e de Urgência | 1. 急症醫學科   Medicina de Urgência | 1. 危重醫學科   Medicina Intensiva |  |
| 五官科  Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Estomatologia | 1. 眼科   Oftalmologia | 1. 耳鼻喉及頭頸外科   Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço | 1. 口腔及頜面外科Cirurgia Oral e Maxilo-Facial |
| 家庭醫學  Medicina Familiar | 家庭醫學  Medicina Familiar |  | |
| 社區醫學  Medicina de Saúde Comunitária | 1. 公共衛生   Saúde Pública | 1. 醫務行政科   Administração Médica |  |
| 病理學  Patologia | 1. 臨床病理科   Patologia Clínica | 1. 病理解剖科   Anatomia Patológica | 1. 法醫科   Medicina Legal |
| 放射科  Radiologia | 1. 放射治療科   Radioterapia | 1. 放射及影像學科   Radiologia e Imagiologia | 1. 核醫學科   Medicina Nuclear |

1. 表格第五部分和第六部分的資料請按時間順序列出。若位置不足，可自行複印續寫。

Liste por ordem cronológica de dados de 5.a e 6.a parte neste ficha. Se o espaço não for suficiente, esta folha pode ser copiada para preenchimento e adicionada à ficha.

1. 每份表格只可用作申請一個專科院士。

Cada formulário apenas pode ser usado para uma candidatura.