**Lembramos a obrigatoriedade que as Empresas e Empresários do Comércio e Serviços têm de cumprir a Legislação em vigor no que se refere á Prevenção de Riscos Profissionais, Medicina do Trabalho e Higiene e Segurança**

# FICHA PROVISÓRIA DE ADESÃO

##### UACS – MEDICINA DO TRABALHO (ENTIDADE CERTIFICADA E AUTORIZADA PELA ACT - Autoridade para as Condições do Trabalho)

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Associado n.º | / | NPC |  | CAE |  | Nº Seg. Social |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Morada (Sede) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cód. Postal | - |  |  |  | Tel |  |  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Morada (Correspondência) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cód. Postal | - | |  |  |  | Tel |  |  | Fax |  |
|  | | | | | | | | | | |
| Morada (Estabelecimento) | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Cód. Postal | - | |  |  |  | Tel |  |  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo do(a) Gerente que vai outorgar o Contrato de Adesão |  |

N.º de empregados (incluindo Sócios - Gerentes) ­­­­­\_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.º de estabelecimentos \_\_\_\_\_\_

**Pretendemos aderir ao serviço de:**

### **⮊ Medicina do Trabalho** 🞎

Na (s) modalidade (s):

### 🞎 Modalidade 0 🞎 Modalidade 2 🞎 Modalidade Top 🞎 Modalidade 25

### 

### **Obs.: a definir sempre na altura da marcação das consultas, admitindo-se uma pluralidade de modalidades**

### Se desejar celebrar um contrato de prestação de serviços na área de Higiene e Segurança com a empresa com a qual a UACS tem protocolo, preencha o campo em baixo;

##### STA – HIGIENE E SEGURANÇA NO TRABALHO (ENTIDADE CERTIFICADA E AUTORIZADA PELA ACT - Autoridade para as Condições do Trabalho)

### **⮊ Higiene e Segurança no Trabalho** 🞎

**STA** – Medicina Trabalho (Resto do País)

Higiene e Segurança (Distrito Lisboa e Resto do País)

Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura Carimbo