

**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