

**FICHA DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO**

**DADOS PESSOAIS:**

Nome Completo:		
Documento de Identificação: BI/Cartão Cidadão	Passaporte	Outro
Nº Documento de Identificação:	Nº Contribuinte (NIF):	
Nacionalidade:	Data de Nascimento:	
Morada:		
Código Postal:	Localidade:	
Telefone/Telemóvel:	Correio eletrónico:	

**HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:** (anexar comprovativos)

Grau Académico	Curso / Instituição de Ensino	Ano
Licenciatura Pré-Bolonha		
Licenciatura Pós-Bolonha		
Mestrado		
Mestrado Integrado		
Doutoramento		
Outro		

**DADOS PROFISSIONAIS:** (anexar comprovativos do reconhecimento ou experiência profissional)

Reconhecimento Profissional	Área(s) de Especialização	Ano
Reconhecimento ACSS – Especialista em Física Médica		
Reconhecimento ACSS – Física Hospitalar	-	
Reconhecimento equivalente a Especialista em Física Médica por país da União Europeia ou Reino Unido		
Outro		

Atividade Profissional em Física Médica	Ano de início	Anos de exercício	% EHC <sup>1</sup> atual
Radioterapia			
Medicina Nuclear			
Radiologia / Imagiologia			
Outras Áreas			

Situação Profissional Atual	
Trabalhador(a) por conta de outrem em Portugal	
Trabalhador(a) por conta de outrem no estrangeiro	
Qual?	
Trabalhador(a) por conta própria	
A frequentar a formação especializada em Física Médica	
Outra	

Atividade profissional principal:
Na área da Física Médica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se Não, indique qual:
Tipo de entidade(s) empregadora(s):
Hospital / Unidade de Saúde do setor público
Hospital / Unidade de Saúde do setor privado
Empresa de prestação de serviços
Outra:

<sup>1</sup> EHC – Equivalente de Horário Completo de 35h/semana

- Declaro, sob compromisso de honra, que as informações que preenchi nesta ficha de inscrição são verdadeiras, assim como declaro conhecer e cumprir os estatutos e regulamento interno da APFISMED.
- Tomei conhecimento e aceito a política de tratamento de dados pessoais (ver verso):  
**SIM**  **NÃO**  Tomei conhecimento e aceito a política de tratamento de dados pessoais;  
**SIM**  **NÃO**  Autorizo a publicação de alguns dados no Portal da APFISMED para arquivo de interesse público;  
**SIM**  **NÃO**  Autorizo que a APFISMED possa processar os meus dados para efeitos de envio de comunicações personalizadas, sobre as suas atividades, tanto por meios eletrónicos como telefónico.

Data e assinatura: \_\_\_\_\_

<b>ESPAÇO RESERVADO À DIREÇÃO</b>	Decisão de admissão: <input type="checkbox"/> Aprovada <input type="checkbox"/> Não Aprovada
Data da reunião da Direção: ____ / ____ / _____	Categoria de associado: <input type="checkbox"/> Fundador <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Não Efetivo
	Nº ASSOCIADO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**INFORMAÇÕES SOBRE A INSCRIÇÃO** (de acordo com o Regulamento Interno da APFISMED)

Os pedidos de inscrição são aprovados pela Direção da APFISMED, após validação dos documentos que comprovem as habilitações académicas, reconhecimento profissional e/ou experiência profissional, para uma das seguintes **categorias de associados**:

**Associados Efetivos**

- Profissionais que cumpram, pelo menos, um dos seguintes requisitos:
  - ✓ Ser Especialista em Física Médica, reconhecido pela ACSS;
  - ✓ Ser Especialista em Física Hospitalar, reconhecido pela ACSS;
  - ✓ Ser cidadão português, com reconhecimento equivalente a Especialista em Física Médica por país da União Europeia ou Reino Unido;
  - ✓ Exercer funções como físico médico nas áreas de Medicina Nuclear, Radioterapia, Radiologia/Imagiologia ou Proteção Radiológica e ter experiência acumulada equivalente não inferior a três anos (EHC de 35 horas/semana), em meio clínico ou hospitalar, ou em prestação de serviços de Física Médica.e que possuam habilitações académicas, de acordo com as recomendações europeias para o Especialista em Física Médica.

**Associados Fundadores**

- Associados presentes na primeira Assembleia Geral, que cumpram os requisitos para ser Associado Efetivo e com experiência profissional acumulada equivalente não inferior a cinco anos.

**Associados Não-Efetivos**

- Profissionais a exercer funções como físico médico nas áreas de Medicina Nuclear, Radioterapia, Radiologia/Imagiologia ou Proteção Radiológica, com experiência acumulada equivalente inferior a três anos (EHC de 35 horas/semana), em meio clínico ou hospitalar, ou em prestação de serviços de Física Médica e que possuam habilitações académicas, de acordo com as recomendações europeias para o Especialista em Física Médica.
- Profissionais a exercer funções de Físico Médico noutros países;
- Indivíduos, com formação académica (EQF nível 6 ou 7) em Física, Engenharia Física, Engenharia Física Tecnológica, Engenharia Biomédica ou Física Médica, que estejam a frequentar estágio ou formação especializada em Física Médica, em meio clínico ou hospitalar.

A inscrição como associado implica o pagamento de uma joia e de uma quota anual:

**Joa de inscrição:** 50 €

**Quota anual:** 50 € (50% para os Associados Não-Efetivos)

**POLÍTICA DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

Os dados pessoais recolhidos na presente ficha de inscrição são objeto de tratamento por parte da Associação Portuguesa dos Físicos Médicos (APFISMED), para efeitos de inscrição na APFISMED, excetuando-se da sua responsabilidade os casos em que os dados já são do domínio público. O não fornecimento destes dados inviabiliza a inscrição. O tratamento dos dados pessoais é feito na medida do estritamente necessário para a prossecução das finalidades referidas, designadamente a obrigação legal de identificação do associado, e a gestão da sua participação na APFISMED, que engloba, entre outros aspetos, o cumprimento de todas as obrigações legais e regulamentares a que os responsáveis se encontram sujeitos e o processamento automático de dados, incluindo a definição de perfis, para efeitos de tomada de decisões que fomentem o desenvolvimento da atividade do associado. É garantido, a todo o tempo, o direito de acesso, retificação, anulação, oposição ou eliminação dos seus dados pessoais, nos casos legalmente admitidos, incluindo a revogação do consentimento, quando haja lugar, mediante pedido por escrito dirigido à direção da APFISMED. Os dados pessoais são guardados durante o tempo estritamente necessário à prossecução das finalidades para os quais foram recolhidos. Os responsáveis pelo tratamento comprometem-se a assegurar um nível de segurança adequado no que se refere à confidencialidade e integridade dos dados. Caso necessite, poderá, ainda, apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) ou outra entidade de controlo competente. Para mais informações, consulte as respetivas políticas de privacidade.