



Freie und Hansestadt Hamburg

(Cidade Livre e Hanseática de Hamburg)
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
(Instituto da Saúde e Defesa do Consumidor)

Informações

sobre o processo de reconhecimento de uma formação absolvida no estrangeiro na área profissional da saúde

Tem de apresentar obrigatoriamente os seguintes documentos:

- O seu diploma e certificado de competência
- Curriculum Vitae em tabela com dados completos sobre as habilitações literárias, formação (formações) e percurso profissional. Por favor assine o Curriculum Vitae.
- Pedido por escrito conforme anexo inclusive questionário relativo aos dados pessoais
- Passaporte ou bilhete de identidade
- Certificado de residência ou comprovativo do centro de emprego ou carta de intenção, para comprovar que a profissão será exercida futuramente na região da Cidade Livre e Hanseática de Hamburgo

Solicitaremos eventualmente os seguintes documentos adicionais:

- Comprovativo da escola/local de formação sobre a duração da formação
- Comprovativo das disciplinas teóricas e práticas com número de horas por disciplina
- Comprovativo da formação prática (prática clínica) nas áreas de funcionamento/departamentos (com número de horas)
- Comprovativos relativos à natureza e extensão do exame final: disciplinas com exame oral, escrito e prático
- Comprovativos sobre as atividades na sua profissão aprendida (p.ex. certificados de trabalho)
- Comprovativos sobre formações
- "Certificate of Good Standing" / "Certificate of Current Professional Status".
Aqui trata-se de um certificado de conformidade, com o qual se comprova, que não há nada negativo a apontar a nível profissional. Se necessário, comunicaremos o nome da instituição responsável que emite tal comprovativo.
- Em caso de alteração do nome será eventualmente necessária a certidão de casamento/o livro de família
- ou, conforme o caso, outros documentos. Por favor aguarde a nossa resposta.

Nome próprio, nome _____
Rua, nº da porta _____
Código postal, localidade _____

Para:

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Instituto da Saúde e Defesa do Consumidor)
Departamento Saúde
– Fachberufe im Gesundheitswesen, G 114 -
Billstraße 80
D - 20539 Hamburgo
Alemanha

Exmos. Senhores e Senhoras,

solicito com o presente a autenticação da minha formação concluída em _____ (país de formação) e a atribuição de uma autorização para poder exercer a designação da profissão

(colocar aqui a profissão a reconhecer: p.ex. "Gesundheits- und Krankenpfleger/in" = "Enfermeiro/enfermeira")

Tenho conhecimento, que o processamento de um pedido de reconhecimento de uma formação na área especializada da saúde está sujeito a **atribuição de taxas**. A taxa depende do volume de trabalho respeitante ao processamento e ronda os 45 € e em casos individuais até 350 € (versão: agosto 2013). Ao iniciar o processamento é aplicada uma taxa de 22,50 €, que será adicionada posteriormente à taxa total posterior.

Se o pedido for rejeitado, serão aplicadas $\frac{3}{4}$ da taxa. Em caso de desistência do pedido, após iniciação do processamento, é aplicada metade da taxa.

Para tirar fotocópias é atribuída uma taxa de 0,50 € por cópia.

Todas as taxas são aplicadas de acordo com a decisão de tributação (apenas transferência, não em numerário).

Certifico com o presente:

- 1.) que nunca solicitei, junto de outra instituição, o pedido de reconhecimento.
- 2.) não possuo registo criminal. Não decorre nenhuma investigação judicial ou do Ministério Público contra mim.
- não posso fornecer a respetiva declaração relativa ao ponto 1 ou 2, porque....

 Aceito, que os meus dados relacionados com o pedido sejam comunicados, para fins de verificação, às seguintes instituições: institutos de formação, com os quais colabora o instituto relativamente ao reconhecimento das profissões de saúde, Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) (Escritório Central para a Educação Estrangeira), conforme as circunstâncias de cada caso eventualmente outros institutos e postos relacionados com o reconhecimento.

(localidade, data, assinatura)

Questionário sobre os dados pessoais do/da requerente

Nome Sr. Sra. _____

Nome próprio _____

Rua e número _____

Código postal e localidade _____

Data de nascimento _____

Local de nascimento _____

event. nome de nascimento _____

Nacionalidade _____

País de formação _____

Designação estrangeira da formação
p.ex. pielegnarka, nurse, occupational therapist, fizjoterapia _____

Endereço de e-mail _____

Nº de telefone e telemóvel _____

Quantos anos de experiência profissional tem na profissão aprendida? (em anos)

A trabalhar na Alemanha? Atividade? _____

Tenha atenção ao seguinte:

Para o poder aconselhar de forma abrangente e para poder processar corretamente o seu pedido, necessitamos dos seus dados. Por favor preencha o questionário **por completo e de forma legível**.

Se necessário, ajudamos no preenchimento.

Comunique-nos todas as alterações nos seus dados – p.ex. em relação ao seu endereço, profissão.

Muito obrigado pela sua ajuda!