

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO REGIME DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES

DATA DE ENTRADA	Nº DO PROCESSO

1	EXMO. (º) SR. (º):			1			
2	NATUREZA DA ACUMULAÇÃO:	Pública	Privada	FASE:	Inicial	Renovação	2

Situação no serviço de origem	3	NOME:					3
	4	SERVIÇO ORIGEM:					4
	5	SITUAÇÃO JURÍDICO-FUNCIONAL	6 CARGO / CATEGORIA / CARREIRA / OUTRA				5
							6
	7	DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE QUE EXERCE:					7
8	LOCAL DE TRABALHO (serviço/departamento):					8	
9	REMUNERAÇÃO:					9	
Situação no serviço beneficiário da acumulação	10	SERVIÇO BENEFICIÁRIO DA ACUMULAÇÃO:	Entidade Pública	Entidade Privada			10
		Designação:					
		Atividade:					
		Morada:					
	11	FUNÇÕES A DESEMPENHAR:					11
	12	DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE A ACUMULAR:					12
	13	CARÁTER DO TRABALHO:	Autónomo	Subordinado			13
		TIPO DE VÍNCULO:					
14	REMUNERAÇÃO:					14	
15	INÍCIO PRETENDIDO (meramente indicativo):					15	
	FINAL DA ACUMULAÇÃO						
16	LOCAL OU LOCAIS DE EXERCÍCIO DA ATIVIDADE A ACUMULAR:					16	

Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento

Elaborado por DGRH/ARSN	17	PARA OS REGIMES DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES PÚBLICAS, INDICAR O MOTIVO DE INTERESSE PÚBLICO:	17	Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento			
	18	FUNDAMENTAÇÃO DA INEXISTÊNCIA DE CONFLITO ENTRE AS FUNÇÕES NO SERVIÇO DE ORIGEM E AS FUNÇÕES A DESEMPENHAR NO SERVIÇO BENEFICIÁRIO DA ACUMULAÇÃO	18				
19	EXISTEM OUTROS REGIMES DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES AUTORIZADOS OU QUE TENHAM SIDO SOLICITADOS?	<table border="1"> <tr><td>SIM</td><td> </td></tr> <tr><td>NÃO</td><td> </td></tr> </table>	SIM		NÃO		19
SIM							
NÃO							
SE SIM, INDICAR AUTORIZAÇÃO OU EFETUAR REFERÊNCIA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO QUE EVENTUALMENTE ESTEJA EM CURSO E FUNDAMENTAR A COMPATIBILIDADE DE EXERCÍCIO DE TODAS AS FUNÇÕES:							
20	OUTRAS INFORMAÇÕES / JUNÇÃO DE DOCUMENTOS:	20					
21	<p><i>Declaro que as informações constantes deste requerimento correspondem à verdade. Cumprirei o prescrito na legislação vigente quanto ao regime de acumulação de funções que pretendo exercer e, nos termos da alínea g) do n.º 2 do artigo 23.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, comprometo-me a cessar imediatamente essa atividade no caso de ocorrência superveniente de conflito.</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Data</td> <td>O Requerente</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>_____</td> </tr> </table>		Data	O Requerente		_____	21
Data	O Requerente						



COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS

Situação no serviço de origem	22	NOME DO REQUERENTE:							22	Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento	
	23	SERVIÇO DE ORIGEM:							23		
	24	REGIME DE TRABALHO				25	MODALIDADE DE HORÁRIO				24
											25
	26	TOTAL DE HORAS SEMANAIS:							26		
	27	PERÍODO/DIAS	2.ª FEIRA	3.ª FEIRA	4.ª FEIRA	5.ª FEIRA	6.ª FEIRA	SÁBADO	DOMINGO		27
	MANHÃ	ENTRADA									
		SAÍDA									
	TARDE	ENTRADA									
		SAÍDA									
	28	NOTA: Pode ser junto documento comprovativo do horário, devidamente aprovado. No caso de modalidade de horário que não seja rígido, não preencher o quadro e indicar aqui, de forma clara e objetiva, como se processa a prestação da atividade:							28		
29	OBSERVAÇÕES / OUTRAS INFORMAÇÕES / JUNÇÃO DE DOCUMENTOS:							29			
30	DATA	Assinatura do responsável (legível, com indicação do cargo, função)						30			
<i>Apor carimbo</i>											
Situação no serviço beneficiário da acumulação	31	SERVIÇO BENEFICIÁRIO:							31		
	32	TOTAL DE HORAS SEMANAIS A ACUMULAR:							32		
	33	PERÍODO/DIAS	2.ª FEIRA	3.ª FEIRA	4.ª FEIRA	5.ª FEIRA	6.ª FEIRA	SÁBADO	DOMINGO	33	
	MANHÃ	ENTRADA									
		SAÍDA									
	TARDE	ENTRADA									
SAÍDA											



COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS

Situação no serviço beneficiário da acumulação	34	NOTA: No caso da atividade ser exercida em regime de prestação de serviços ou se o desempenho da atividade subordinada não implicar um horário rígido, explicitar como a atividade se irá desenvolver:			34	Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento				
Situação no serviço beneficiário da acumulação	35	DISTÂNCIA E TEMPO DE PERCURSO ENTRE OS SERVIÇOS DE ORIGEM E BENEFICIÁRIO:			35	Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento				
	36	SEJA QUAL FOR A MODALIDADE DA PRESTAÇÃO NO SERVIÇO BENEFICIÁRIO DA ACUMULAÇÃO, INDICAR:			36		Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento			
		-Está salvaguardado o cumprimento integral do horário no serviço de origem?	SIM	NÃO						
		-O número total de horas de trabalho semanal (serviços de origem e beneficiário) ultrapassará as 54 horas ou, no caso da docência, o limite do despacho 41/ME/90 (alínea c) do n.º 2 do artigo 21º da LTFP?	SIM	NÃO						
		-Qual o total (S.O. + S.B.)? _____								
		-O tempo de percurso é suficiente para chegar ao serviço beneficiário antes do início do período de acumulação?	SIM	NÃO						
		-Será prestado um número excessivo, ininterrupto ou quase ininterrupto, de horas de atividade por dia?	SIM	NÃO						
		-Qual o máximo de horas por dia que o exercício da atividade em acumulação poderá atingir? _____								
		-Está salvaguardado um período para almoço? Quanto tempo? _____	SIM	NÃO						
	-Está salvaguardado, pelo menos, um dia de descanso semanal completo? Qual? _____	SIM	NÃO							
Situação no serviço beneficiário da acumulação	37	OBSERVAÇÕES / OUTRAS INFORMAÇÕES / JUNÇÃO DE DOCUMENTOS:			37	Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento				
Situação no serviço beneficiário da acumulação	38	DATA	Assinatura do responsável (legível, com indicação do cargo, função)		38	Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento				
Elaborado por DGRH/AMSN	39		SERVIÇO DE ORIGEM		40		SERVIÇO BENEFICIÁRIO		39	Reservado aos serviços da Administração Regional de Saúde do Norte / Verificação de Preenchimento
	Os dados referidos nos campos 1 a 9, 19 e 22 a 29 estão corretos?		SIM		Os dados referidos nos campos 10 a 17 e 31 a 37 estão corretos?		SIM		40	
			NÃO				NÃO			
	Responsável (letra legível)		Data		Responsável (letra legível)		Data			
		Apor carimbo				Apor carimbo				

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO
REGIME DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES**

Leia atentamente as instruções. O rigoroso preenchimento do requerimento permite um tratamento mais célere do processo.

Se é trabalhador de outra Instituição e o serviço beneficiário for um serviço da ARS do Norte não preencha os seguintes campos: 2 e 10 a 17. Os serviços desta ARS assumirão esse preenchimento.

Os campos referentes à compatibilidade de horários, 22 a 38, assim como a confirmação de dados nos campos 39 e 40, deverão ser preenchidos pelos serviços de origem e beneficiário.

Instruções dos campos 1 a 19**CAMPO 1**

Indique a entidade competente para autorizar o regime de acumulação de funções.
Em regra, é o órgão máximo do serviço que tem essa competência.

CAMPO 2

Preencha apenas a fase do regime de acumulação. A natureza da acumulação será caracterizada pela ARS do Norte ou pelo serviço de origem, quando a nossa Instituição for o serviço beneficiário.

CAMPO 3

Coloque o seu nome completo, em letras maiúsculas.

CAMPO 4

Se é trabalhador da ARS do Norte, I.P., o seu serviço de origem é a ARS do Norte, I.P./Estrutura onde presta serviço (exemplo, Agrupamento de Centros de Saúde/Centro de Saúde).

CAMPO 5

Indique qual a modalidade de contrato de trabalho em funções públicas em que se encontra. Acrescente se se encontra nas seguintes situações: mobilidade interna ou cedência de interesse público e respetivo período.

CAMPO 6

Indique a categoria e a carreira em que se insere.

Se se encontra a exercer funções dirigentes, coloque qual o cargo que exerce e qual a categoria e carreira e o local onde se encontrava a exercer funções antes da comissão de serviço.

Se pessoal médico em internato médico, colocar “internato médico no período de formação específica”.

CAMPO 7

A informação aqui contida deve ser clara e objetiva de forma a não existirem dúvidas quanto ao trabalho que desenvolve no serviço de origem. Esta informação é importante para efeitos de apreciação do campo 18.

CAMPO 9

Indicar valor líquido.

CAMPO 10

Informe-se junto do serviço beneficiário se se trata de uma entidade pública ou privada, da exata designação, atividade e morada.

CAMPO 12
A informação aqui contida deve ser clara e objetiva de forma a não existirem dúvidas quanto ao trabalho que irá desenvolver no serviço beneficiário da acumulação. Esta informação é importante para efeitos de apreciação do campo 18.
CAMPO 13
O caráter do trabalho relaciona-se com o tipo de vínculo a ter com o serviço beneficiário da acumulação. Por exemplo, se a atividade for prestada ao abrigo de um contrato de prestação de serviços, o caráter do trabalho é autónomo. Informe-se, por isso, junto daquele serviço quanto ao tipo de vínculo.
CAMPO 14
Coloque o valor ou, caso a remuneração não seja certa, explicito como se irá processar.
CAMPO 15
A data de início é meramente indicativa não sendo permitido o exercício de funções em acumulação sem a necessária autorização.
CAMPO 17
A preencher pelo serviço beneficiário da acumulação para os regimes de acumulação de funções públicas.
CAMPO 18
<p>O requerente deve apresentar as razões pelas quais considera que as funções que pretende exercer não são conflitantes com as do serviço de origem. Ver, a este propósito, os artigos 19º a 24º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei nº 35/2014, de 20 de junho, entre outros.</p> <p>São, por exemplo, incompatíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">– Atividades privadas, em regime de trabalho autónomo ou de trabalho subordinado, concorrentes ou similares com as funções que exercem na Administração Pública e que com estas sejam conflitantes. Consideram-se, nomeadamente, abrangidas neste âmbito as atividades que, tendo conteúdo idêntico ao das funções públicas concretamente exercidas na Administração Pública, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários;– Atividades que comprometam a isenção e a imparcialidade do trabalhador em funções públicas no desempenho de funções no serviço de origem;– Atividades que prejudiquem o interesse público e os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos;– No caso de pessoal médico em regime de dedicação exclusiva – atividades que não se enquadrem nas exceções previstas na Lei (artigo 9º do Decreto-Lei nº 73/90 de 6 de março); no caso de pessoal dirigente – atividades que não se enquadrem nas exceções previstas na Lei (artigo 16º e 17º da Lei nº 2/2004, de 15 de janeiro).
CAMPO 19
A compatibilidade de exercício aqui verifica-se, designadamente, ao nível dos horários ou períodos de atividade praticados e a praticar, tendo em conta as distâncias e os tempos de percurso e ainda o critério de 54 horas semanais de duração total do trabalho (serviço de origem e serviços beneficiários da acumulação).