**UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR**

**OPOSIÇÃO À APLICAÇÃO DO REGIME DE DEDICAÇÃO PLENA**

**MINUTA**

**«Exmo(a). Senhor(a)**

**Presidente do Conselho Diretivo**

**da Administração Regional de Saúde de (…, I. P.)**

**(Nome completo)**, médico(a), titular da cédula profissional n.º (…), (assistente/assistente graduado/assistente graduado sénior), da carreira especial médica, da área profissional de medicina geral e familiar, a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar (…), do Agrupamento de Centros de Saúde (…), da Administração Regional de Saúde de (…, I. P.), vem, nos termos e para os efeitos do disposto nos n.ºs. 1 e 2 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro e a coberto da presente Declaração, manifestar a sua oposição à aplicação do regime de dedicação plena.

(Local), (Data)

O(A) Trabalhador(a) Médico(a)

(Assinatura)»