O*posição ao regime de Dedicação Plena – área de Saúde Pública*

Exmo/a. Senhor/a

Presidente do Conselho Diretivo \_\_\_\_\_\_\_, I.P./

Conselho de Administração \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E.P.E.

F\_\_\_\_ (identificação pessoal e profissional completas), médico na área de saúde pública, vem, nos termos da disposição legal contida no n.º 1 do artigo 18.º conjugada com a alínea b) do n.º 4 e n.º 1 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 07 de novembro, dentro do prazo estabelecido, apresentar oposição à aplicação do regime da dedicação plena.

O/A Trabalhador/a Médico/a,

*Local e data*