

***EXTRACT FROM A MEDICAL DOCUMENTATION OF A FOREIGN EMPLOYEE
from the country of origin***

Primeiro e ultimo nome:

data de nascimento:

morada do país de origem/czech:.....

1, *Foi tratado (a) no passado a alguma das seguintes doenças: diabetes, alergia, epilepcia, etc?*

Sofre atualmente de alguma doença prolongada?

Não

Sim – especifique:

2. *Por favor escreve a data de validade da vacina do tetano:*

3. *Sofreu de alguma doença infeto contagiosa no passado – ex: HIV, Hepatite, tuberculose?*

Não

Sim – especifique:

4. *Toma alguma medicação regularmente?*

Não

Sim – especifique:

5. *Foi submetido a alguma operação anteriormente?*

Não:

Sim – especifique:

Declaro que forneço informações verdadeiras sobre minha saúde e não ocultei nenhuma informação sobre saúde.

Data e assinatura:.....