

**PEDIDO DE REGRESSO ANTECIPADO AO TRABALHO
EM SITUAÇÃO DE DOENÇA COM CERTIFICAÇÃO MÉDICA**

Nome: _____

Documento de Identificação: _____ n.º _____

Validade ____-____-____ Data de nascimento: ____-____-____

Número de Identificação Fiscal (NIF) _____

Número de Identificação de Segurança Social (NISS) _____

Declaro que, encontrando-me em situação de incapacidade por doença no período de ____-____-____ a ____-____-____, retomo(ei) o exercício da atividade profissional em ____-____-____, pelo que solicito a cessação do subsídio de doença a partir dessa data.

Local _____, Data ____-____-____

O Declarante

(Assinatura conforme documento de identificação válido)