

**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 Seguranga 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)