澳門特別行政區政府
社會工作局
GOVERNO DA RAEM
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL

# 《Regime da Qualificação Profissional dos Assistentes Sociais》

## Impresso de Pedido para a Suspensão e Cancelamento da Inscrição para o Exercício da Profissão dos Assistentes Sociais

**N.º de pedido: _____**

**（Preenchimento exclusivo do serviço interno）**

☐ Pedido de suspensão da inscrição ☐ Pedido de cancelamento da inscrição

A pessoa requerente pode, através do sistema de acreditação profissional e inscrição para o exercício da profissão de assistente social, elaborar o pedido *online*, escusando-se assim de preencher o presente impresso. Em caso de se deparar com dificuldade na apresentação do pedido *online*, poderá ligar ao telefone número 2857 5010 para a consulta de informação ou deslocar-se pessoalmente à Sala de atendimento – Regime da qualificação profissional dos assistentes sociais, situada no rés do chão do Centro de Sinistrados da Ilha Verde deste Instituto, munida dos documentos necessários para o pedido, onde, mediante o apoio a prestar pelo trabalhador, pode tratar dos dados exigidos no presente impresso através da *Internet*, nomeadamente, a confrontação/ actualização/preenchimento.

**I. Dados pessoais (Com excepção do nome, não é necessário preencher os dados pessoais seguintes sendo a confrontação e actualização desses dados feitas presencialmente.) (Preencher, com letra legível, o nome em língua estrangeira)**

| | |
|---|---|
| Nome em chinês | |
| Nome em língua estrangeira | |
| N.º de inscrição para o exercício da profissão de assistente social | |
| Género | □Masculino □Feminino |
| Documento de identificação | □BIRM Permanente □BIRM Não Permanente N.º_____ |
| Telefone de contacto | Telemóvel _____ Residência _____Local de trabalho _____ |
| Morada | |
| Endereço de correio （deve ser o de Macau） | □Igual ao da morada □Diferente o da morada, favor especificar_____ |
| Endereço de correio electrónico | |

**II. Última instituição que trabalha e situação (Não é necessário preencher, a confrontação ou actualização dos dados é feita presencialmente.)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Situação do emprego | □Activo (A exercer funções de assistente social) | □Activo (A exercer outras funções que não as de assistente social) | □Desempregado/Aposentado |
| Tipo de emprego | □ Entidades privadas, especifique_____ | □ Entidades privadas, especifique_____ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | □ Entidades públicas, especifique_____<br>□ Outros, especifique_____ | □Entidades públicas, especifique_____<br>□Outros, especifique_____ | |
| Área de serviços/sectores de trabalho | □ Família e comunidade<br>□ Idoso<br>□ Crianças e Jovens<br>□ Reabilitação<br>□ Prevenção e Tratamento da dependência<br>□ Reinserção social e serviços correcionais<br>□ Assuntos médicos<br>□ Educação<br>□ Emprego/labor<br>□ Justiça e Segurança<br>□ Não da área de serviço social □ Habitação<br>□ Outros, especifique _____ | □ Serviço social<br>□ Saúde e assistência médica<br>□ Serviços públicos<br>□ Educação, cultura e arte<br>□ Diversões e Jogos<br>□ Retalho<br>□ Hotel, restauração e turismo<br>□ Bancos, seguros e finanças<br>□ Transporte, construção, imobiliário e comunicação<br>□ Outros, especifique_____ | □ Última profissão que exerceu, especifique _____ |
| Tipo de unidade de serviço que está a trabalhar | □ Centro □ Escola<br>□ Hospital □ Lar<br>□ Outros, especifique _____ | | |
| Último cargo que exerceu | □Assistente social<br>□ Agente de aconselhamento<br>□ Supervisor<br>□ Chefe □ Director geral<br>□ Outros _____ | □ Coordenador da actividade<br>□ Director geral do lar<br>□ Outros _____ | □ Especifique _____ |
| Total de anos que exerce/que exerceu o cargo de assistente social | ☐ 0 ☐ Menos de 1 ano<br>☐ 1-5 anos<br>☐ 6-10 anos<br>☐ 11-15 anos<br>☐ 16-20 anos<br>☐ 21-25 anos<br>☐ 25 anos ou mais | ☐ 0 ☐ Menos de 1 ano<br>☐ 1-5 anos<br>☐ 6-10 anos<br>☐ 11-15 anos<br>☐ 16-20 anos<br>☐ 21-25 anos<br>☐ 25 anos ou mais | |

**III. Razão de pedido（□ Assinale a opção com um ✓）**

| | |
|---|---|
| N.º do cartão de inscrição | |
| Razão de suspensão (Só aplicável para o pedido de suspensão） | □ Razão privada □ Outros, especifique _____ |

《Regime da Qualificação Profissional dos Assistentes Sociais》

**Impresso de Pedido para a Suspensão e Cancelamento da Inscrição para o Exercício da Profissão dos Assistentes Sociais**

| | |
|---|---|
| Razão de cancelamento (Só aplicável para o pedido de cancelamento） | □ Razão privada □ Acesso ao serviço público □ Outros, especifique ____ |

Obs：1. O requerente deve devolver o cartão de inscrição ao Instituto de Acção Social (IAS), dentro de 30 dias a contar do dia em que receber a comunicação do IAS através da mensagem do telemóvel.

2. Em caso de falecimento, o representante do requerente deve apresentar o documento de identificação e devolver o cartão de inscrição ao IAS (se o tiver).

## IV. Declaração e consentimento

1. Declaro que os dados atrás preenchidos e apresentados são verídicos e correctos e estou ciente de que a prestação de falsas declarações incorre em responsabilidade criminal.
2. Dou consentimento ao IAS para proceder à confirmação de todos os dados preenchidos no presente impresso junto das respectivas entidades empregadoras.

Assinatura do requerente:_____

Data do preenchimento do impresso: _____Dia_____Mês_____Ano

De acordo com a Lei n.º8/2005 que define a "Lei da Protecção de Dados Pessoais": (1) Os dados pessoais prestados no presente impresso serão utilizados apenas para o tratamento do pedido; (2) Para o cumprimento das obrigações legais, os dados atrás referidos podem ser encaminhados a outras entidades competentes; (3) O requerente tem o direito de, segundo a lei, proceder ao pedido de consulta dos dados pessoais arquivados no IAS, bem ainda à rectificação e actualização desses mesmos dados.

| **Campo de uso exclusivo do IAS** | |
|---|---|
| Análise dos documentos apresentados:<br>□Recebidos todos os documentos (Acompanhado de uma mensagem a emitir ao telemóvel para confirmação da recepção total dos documentos)<br>□Necessidade da entrega de documentos em falta (Acompanhado de uma mensagem de lembrete a emitir ao telemóvel) | Assinatura do responsável:_____ N.º do trabalhador: _____<br>Data de recepção do pedido:_____Dia_____Mês_____ Ano |