ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

(CÓDIGO 4105)

MODELO I

ANO LECTIVO

----------/----------

BOLETIM DE CANDIDATURA

REINGRESSO☐ MUDANÇA DE CURSO☐ TRANSFERÊNCIA☐

CURSOS DE LICENCIATURA

CURSO Nº

9504	**- CURSO SUPERIOR DE FISIOTERAPIA**	☐
8138	**- CURSO SUPERIOR DE TERAPIA OCUPACIONAL**	☐
9890	**- CURSO SUPERIOR DE TERAPIA DA FALA**	☐

Colocar - (X) - no Curso pretendido

NOME |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

B. DE IDENTIDADE Nº |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO DE |_|_|_|_|_|_|_|_| **DATA** |_|_|-|_|_|-|_|_|

Nº DE CONTRIBUINTE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ENDEREÇO POSTAL (para onde deve ser remetida a eventual correspondência**)** |_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CÓDIGO POSTAL |_|_|_|_||_|_|_|_| **Tel.**|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail:____

Declaro que tomei conhecimento que a presente inscrição será anulada se não reunir as condições legais para a candidatura aos Cursos Superiores acima referidos, fixadas por este estabelecimento de ensino.

DATA |_|_|-|_|_|-|_|_|

ASSINATURA____[a)]

RECEBIDO EM |_|_|-|_|_|-|_|_|

POR ______________________________________

Original

[a)]Assinatura do próprio ou procurador bastante ou entidade paternal.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

(CÓDIGO 4105)

MODELO I
ANO LECTIVO
----------/----------

BOLETIM DE CANDIDATURA

REINGRESSO☐ MUDANÇA DE CURSO☐ TRANSFERÊNCIA☐

CURSOS DE LICENCIATURA

CURSO Nº
⇩

9504	- CURSO SUPERIOR DE FISIOTERAPIA	☐
8138	- CURSO SUPERIOR DE TERAPIA OCUPACIONAL	☐
9890	- CURSO SUPERIOR DE TERAPIA DA FALA	☐

Colocar - (X) - no Curso pretendido

NOME |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

B. DE IDENTIDADE Nº |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO DE |_|_|_|_|_|_|_|_| DATA |_|_|-|_|_|-|_|_|

Nº DE CONTRIBUINTE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ENDEREÇO POSTAL (para onde deve ser remetida a eventual correspondência) |_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CÓDIGO POSTAL |_|_|_|_||_|_|_|_| Tel.|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail:____

Declaro que tomei conhecimento que a presente inscrição será anulada se não reunir as condições legais para a candidatura aos Cursos Superiores acima referidos, fixadas por este estabelecimento de ensino.

DATA |_|_|-|_|_|-|_|_|

ASSINATURA____ a)

RECEBIDO EM |_|_|-|_|_|-|_|_|

POR ____

Duplicado

---

a) Assinatura do próprio ou procurador bastante ou entidade paternal.