MODELO V ANO LECTIVO ----------/----------

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

(CÓDIGO 4105)

BOLETIM DE CANDIDATURA

CONCURSO ESPECIAL

TITULARES DE CURSOS SUPERIORES, PÓS SECUNDÁRIOS E MÉDIOS

ACESSO AOS 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 |_|_|_|_||_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TELEFONE (inclua o indicativo **) (**|_|_|_|)|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TELEMÓVEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_| 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, fixada por este estabelecimento de ensino.

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

ASSINATURA____[a]

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

POR ____

Original

(CÓDIGO 4105)

[a] Assinatura do próprio ou procurador bastante.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

MODELO
V
ANO LECTIVO
----------/----------

BOLETIM DE CANDIDATURA

CONCURSO ESPECIAL

TITULARES DE CURSOS SUPERIORES, PÓS SECUNDÁRIOS E MÉDIOS

ACESSO AOS 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 |_|_|_|_||_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TELEFONE (inclua o indicativo) (|_|_|_|)|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

T E L E M Ó V E L |_|_|_|_|_|_|_|_|_| 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, fixada por este estabelecimento de ensino.

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

ASSINATURA____ [a)]

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

POR ____

Duplicado

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