Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

(CÓDIGO 4105)

BOLETIM DE CANDIDATURA

CONCURSO INSTITUCIONAL

CONCURSO DE ACESSO AOS CURSOS DE LICENCIATURA

CURSO Nº

Curso Nº	Curso	
9504	**- CURSO SUPERIOR DE FISIOTERAPIA**	☐
8138	**- CURSO SUPERIOR DE TERAPIA OCUPACIONAL**	☐
9890	**- CURSO SUPERIOR DE TERAPIA DA FALA**	☐

Indique a ordem de preferência dos Cursos: (1ª,2ª, 3ª)

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TELEMÓVEL:|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 ou entidade paternal.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

BOLETIM DE CANDIDATURA

CONCURSO INSTITUCIONAL

CONCURSO DE 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**	☐

Indique a ordem de preferência dos Cursos: (1ª,2ª, 3ª)

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: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

TELEMÓVEL: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

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.