MODELO
VI
ANO LECTIVO
----------/----------

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

(CÓDIGO 4105)

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

MAIORES DE 23 ANOS
Dec/Lei nº 64/2006 de 21 de Março

ACESSO AOS CURSOS DE LICENCIATURA

CURSO Nº

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 acesso aos Cursos Superiores acima referidos, fixada por este estabelecimento de ensino.

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

ASSINATURA____

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

POR ____

(Original)

MODELO
VI
ANO LECTIVO
----------/----------

Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

(CÓDIGO 4105)

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

MAIORES DE 23 ANOS
Dec/Lei nº 64/2006 de 21 de Março

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 acesso aos Cursos Superiores acima referidos, fixada por este estabelecimento de ensino.

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

ASSINATURA____

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

POR ____

(Duplicado)