



Candidatura

Declaração médica

Nome do candidato _____

Data de Nascimento |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_|

BI/CC n.º |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Validade |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_|

Estado Civil _____

Morada _____

Código Postal |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_|

Localidade _____

Telefone n.º |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

FACE À INFORMAÇÃO MÉDICA RECOLHIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE, QUE SE CONSTITUI COMO ANEXO III.2 DO REGULAMENTO DOS PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO A, DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFERA GRAVEMENTE COM A CAPACIDADE FUNCIONAL E DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL, A PONTO DE IMPEDIR A APRENDIZAGEM PRÓPRIA OU ALHEIA

Emitido em |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_| _____

(colocar carimbo ou vinheta)

O MÉDICO _____

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos _____