

ACESSO AOS CURSOS TÉCNICOS SUPERIORES PROFISSIONAIS

Cuidados Veterinários | Desporto e Atividade Física | Tecnologias de Produção Agropecuária | Viticultura e Enologia

Pré-Requisito de Seleção (a entregar no ato da matrícula; não interfere com a classificação de candidatura para efeitos de seriação dos candidatos)

DECLARAÇÃO MÉDICA

NOME DO CANDIDATO: _____

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

B.I./C.C. n.º |_|_|_|_|_|_|_|_| **Validade:** |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Estado Civil: _____

Morada: _____

Código Postal: |_|_|_|_|-|_|_|_| **Localidade:** _____

Telefone n.º |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

O MÉDICO: _____ **N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos:** _____

(colocar carimbo ou vinheta)