

## Pré-requisitos do Grupo B – Comunicação Interpessoal

### Declaração Médica

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento:   -   -

BI/CC n.º:         Validade:   -   -

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal     -    Localidade: \_\_\_\_\_

Telemóvel:

DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFIRA 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)