



Pré-Requisitos do Grupo F – Capacidade Visual e Motora

Declaração Médica

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

Data de Nascimento:   -   -

BI/CC n.º:         Validade:   -   -

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

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

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

Telemóvel:

CAPACIDADE DE VISÃO

Acuidade visual

Sem correção	Direito	
	Esquerdo	
Com correção	Direito	
	Esquerdo	

DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFERA COM A CAPACIDADE FUNCIONAL 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)