

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)