

ANEXO IV.1
PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO B – COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

DECLARAÇÃO MÉDICA

Nome do candidato: _____

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

Doc.de identificação: Tipo*|_|_|_|_| n.º:|_|_|_|_|_|_|_|_| Validade: |__|_|-|__|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|
(* **BI** – Bilhete de identidade; **CC** – Cartão de Cidadão; **PAS** - Passaporte)

Estado civil: _____

Morada:

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

Contacto telefónico: |__|__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|__|_|

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: _____

(colocar carimbo ou vinheta)

N.º de inscrição na Ordem dos Médicos: _____