

ACESSO AOS CURSOS TÉCNICOS SUPERIORES PROFISSIONAIS

Cuidados Veterinários | Desporto e Atividade Física | Tecnologias de Produção Agropecuária | Tecnologias de
Produção e Processamento de *Cannabis sativa*

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)