|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | | | | |
| pré-requisitos  grupo a | | | | | |
| DECLARAÇÃO médica | | | | | | | | |
| identificação | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| NOME | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | | | | | | |
|  | | | | | | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | |
| BILHETE DE IDENTIFICAÇÃO | CARTÃO CIDADÃO | | | | | | VALIDADE | |
|  | | | | | |  | |
| ESTADO CIVIL | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
| MORADA | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
| CÓDIGO POSTAL | | | | | | LOCALIDADE | |
|  | | | | | |  | |
| TELEFONE | TELEMÓVEL | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
| Face à informação recolhida declara-se, para efeitos de acesso ao ensino superior, que o(a) candidato(a) não possui dispositivos metálicos ou prótese interna ferromagnética, que possa colocar em causa a frequência do curso de Imagem Médica e Radioterapia da Escola Superior de Saúde (ESS), bem como a sua conclusão. | | | | | | | |
| Emitido em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| (Colocar Carimbo Ou Vinheta) | | | | | | |  |
| O Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |