|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| pré-requisitosgrupo 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |