

DECLARAÇÃO MÉDICA

Nome do candidato _____

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

BI/CC n.º |__|__|__|__|__|__|__|__| Validade |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__|

Estado Civil _____

Morada _____

Código Postal |__|__|__|__|-|__|__|__| Localidade _____

Telefone n.º |__|__|__|__|__|__|__|__|

**DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO SE
ENCONTRA APTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTIVA**

Emitido em |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__|

O MÉDICO _____ N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos _____

(colocar carimbo ou vinheta)