

DECLARAÇÃO MÉDICA

Nome do candidato _____

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

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

Estado Civil _____

Morada _____

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

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

CAPACIDADE DE VISÃO

Acuidade visual

Sem correção	Direito	
	Esquerdo	
Com correção	Direito	
	Esquerdo	

DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFIRA COM A CAPACIDADE FUNCIONAL 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)