

Serviços Académicos

Requerimento

Inscrição para provas no âmbito das normas internas para a concessão de equivalência ao grau de mestre em Medicina

Recepção

N.º Entrada ____/____/____

Data ____/____/____

Recebi _____

Nome: _____

Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão/Passaporte n.º _____ Emitido em ____/____/____ pelo

Arq. Identif. de _____ Valido até ____/____/____ Nacionalidade _____

Contribuinte n.º _____ **E-mail:** _____ **Telefone:** _____

Endereço: _____

Código Postal _____ - _____

Prova a que se inscreve:

Prova de Língua Portuguesa (obrigatória)

☐

Prova Escrita de Conhecimentos Médicos (a)

☐

Prova Prática de Conhecimentos Médicos (a)

☐

Defesa Pública de Dissertação (a)

☐

a) A realizar posteriormente por decisão do júri

Data / Assinatura:

Covilhã, ____ de ____ de ____

Reservado aos Serviços/Júri

Informação/Despacho: