

PLANO DE RECUPERAÇÃO DE DÍVIDA

Exmo.(a) Senhor(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde

(Nome) _____, filho(a)
de _____ e de _____
natural de _____, concelho de _____
nascido(a) a ___/___/___, portador(a) do CC/BI nº _____ (riscar o que não interessa),
Check Digit _____ NIF _____ nacionalidade _____,
residente em _____
(código postal) _____ - _____ (localidade) _____
Tel./Tlm. _____ Correio eletrónico: _____
Inscrito (a) no ano letivo ___/___ no Curso _____
no (ano/sem) ___/___ com o número _____, vem requerer a V. Ex^a. que lhe seja autorizado um plano de
pagamento para regularização da dívida no montante de _____ € e juros no valor de _____ €,
perfazendo o total de _____ €, que tem em atraso e que não liquidou em devido tempo.

O pagamento será efetuado de acordo com o plano seguinte, comprometendo-se a cumprir o mesmo, dentro do prazo
estipulado:

Valor a pagar	Data

_____, _____ de _____ de 20____

O (A) Candidato (a)

(Assinatura Legível)

Reservado aos Serviços (*Riscar o que não interessa)

Serviços Académicos/ Tesouraria*
Valor total em dívida: _____ €
Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Despacho
Autorizado <input type="checkbox"/> Não Autorizado <input type="checkbox"/>
O(A) _____
Assinatura: _____ Data ___/___/___