

## ANULAÇÃO DE MATRÍCULA

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 de \_\_\_\_\_, no  
(ano/sem) \_\_\_\_\_ com o número \_\_\_\_\_, solicita a V.Ex<sup>a</sup> a anulação de matrícula, por motivos de

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

O (A) Candidato (a)

(Assinatura Legível)

Reservado aos Serviços (\*Riscar o que não interessa)

<b>Serviços Académicos/ Tesouraria*</b>
Situação das propinas regularizada? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____ Data: ___/___/___

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