

DIPLOMA/CARTA DE CURSO

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: _____,
tendo concluído o Curso de _____, com o número _____
em ___/___/___, vem requerer a V. Ex^a se digne mandar passar-lhe:

- Diploma
 Carta de Curso

Taxa de urgência: Sim Não

_____, _____ de _____ de 20____
O (A) requerente

(Assinatura Legível)

Reservado aos Serviços (*Riscar o que não interessa)

| |
|---|
| Serviços Académicos/ Tesouraria* |
| Situação das propinas regularizada? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Valor dos Emolumentos: _____ € |
| Assinatura: _____ Data: ___/___/___ |

| |
|--|
| Declaro que recebi o diploma/a carta de curso (riscar o que não interessa) |
| Data: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Assinatura do requerente _____ |
| <input type="checkbox"/> Outro (assinatura) _____ |
| Nº de CC/BI _____ |
| Assinatura do técnico responsável _____ |