



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exma. Senhora
Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Nome _____

Filho/a de _____

e de _____

Nascido/a em ____ de _____ de _____, natural de _____

concelho de _____, distrito _____, B.I.C.C. n.º _____

validade ____/____/____

residente em _____

código postal _____ - _____

telef./ telem. n.º _____ e-mail _____

exercendo atualmente as funções de _____

em (local de trabalho) _____ telefone n.º _____

requer a sua inscrição nessa Escola no **Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e**

Obstétrica

À presente candidatura anexa os documentos a seguir assinalados:

- Cédula Profissional ou certificado de inscrição na Ordem dos Enfermeiros válidos
- Certidão comprovativa da titularidade do grau de licenciado em enfermagem ou equivalente legal indicando a respetiva classificação final
- Certidão comprovativa do tempo de serviço e experiência profissional como enfermeiro
- Declaração de conhecimento das condições de candidatura ao curso
- Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão
- Formulário de Candidatura (impresso modelo a fornecer na Área Académica)
- Comprovativos dos dados constantes do formulário
- Outros _____

pelo que pede a sua admissão.

Data: ____/____/____

Pede deferimento,

Recebido em ____/____/____

O Funcionário