



Escola Superior
de Enfermagem
de Coimbra

Despacho

____/____/____, _____

Exmo./a. Senhor/a
Presidente
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Nome: _____ N.º Estudante _____
do Curso _____ Ano _____ Telem.: _____
o limite de faltas à unidade curricular _____
por motivo de _____

conforme justificação anexa, podia dar _____ horas de faltas e faltou _____ horas, solicita a
V. Ex.ª que lhe sejam relevadas as faltas conforme legislação em vigor.

Pede deferimento,

Coimbra, ____ de _____ de _____

Assinatura do/a Estudante

Informação dos Serviços Académicos:

Parecer da Vice-Presidente:

Área Académica

Registo de Entrada n.º _____ Pólo _____

Data: ____/____/____

Funcionário: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____