



Pré-Requisitos do Grupo F – Capacidade Visual e Motora

Declaração Médica

Nome do candidato: _____

Data de Nascimento: - -

BI/CC n.º: Validade: - -

Estado Civil: _____

Morada: _____

Código Postal - Localidade: _____

Telemóvel:

CAPACIDADE DE VISÃO

Acuidade visual

| | | |
|--------------|----------|--|
| Sem correção | Direito | |
| | Esquerdo | |
| Com correção | Direito | |
| | Esquerdo | |

DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFERA COM A CAPACIDADE FUNCIONAL A PONTO DE IMPEDIR A APRENDIZAGEM PRÓPRIA OU ALHEIA

Emitido em - -

O Médico: _____ N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos: _____

(colocar carimbo ou vinheta)