

### ANEXO III.1

#### Declaração Médica

Nome do candidato \_\_\_\_\_

Data de Nascimento |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

BI/CC n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Validade |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

Estado Civil \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_| Localidade \_\_\_\_\_

Telefone n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

FACE À INFORMAÇÃO MÉDICA RECOLHIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE, QUE SE CONSTITUI COMO ANEXO III.2 DO REGULAMENTO DOS PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO A, DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFIRA GRAVEMENTE COM A CAPACIDADE FUNCIONAL E DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL, A PONTO DE IMPEDIR A APRENDIZAGEM PRÓPRIA OU ALHEIA

Emitido em |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_| \_\_\_\_\_

(colocar carimbo ou vinheta)

O Médico \_\_\_\_\_

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos \_\_\_\_\_