



## **Candidatos extra-comunitários detentores de curso de Odontologia ou equivalente**

### ***Identificação:***

Nome \_\_\_\_\_

Data Nasc \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

### ***Formação académica:***

Designação da formação obtida: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_ anos Total de horas: \_\_\_\_\_ h Concluída no ano de: \_\_\_\_\_

Na Universidade de \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Dos seguintes itens, preencher apenas o que for aplicável

### ***Outros graus ou títulos***

(obtidos em estabelecimento de ensino superior e oficialmente reconhecidos no país)

***Pós-graduação na área de:*** \_\_\_\_\_

Universidade \_\_\_\_\_ Nº horas \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

***Mestre na área de:*** \_\_\_\_\_

Universidade \_\_\_\_\_ Nº horas \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

***Especialista na área de:*** \_\_\_\_\_

Universidade \_\_\_\_\_ Nº horas \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

***Doutor na área de:*** \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### ***Prática profissional efectiva***

Exercício em instituição pública em: \_\_\_\_\_ Nº anos \_\_\_\_\_

Exercício em prática privada em: \_\_\_\_\_ Nº anos \_\_\_\_\_

Exercício de docência (especificar área, local e duração) \_\_\_\_\_

### ***Formação contínua efectuada pelo candidato***

(pública ou privada e não incluída nos itens anteriores)

Cursos (nº de horas) \_\_\_\_\_ Congressos (nº de horas) \_\_\_\_\_

Outra (especificar) \_\_\_\_\_

Atesto, sob compromisso de honra, a veracidade das informações acima prestadas.

\_\_\_\_\_  
(assinatura)