



A Preencher pelo(a) Candidato(a)

Identificação do(a) Candidato(a)

NOME COMPLETO					
TELEMÓVEL/TELEFONE	/	E-MAIL			
MORADA FISCAL					
CÓDIGO POSTAL	-	CONCELHO		PAÍS	
DATA DE NASCIMENTO	/	/	NACIONALIDADE		
DOC. DE IDENTIFICAÇÃO N.º		VALIDADE	/	/	PAÍS
CONTRIBUINTE N.º (NIF)		PAÍS			

Habilitações Escolares

GRAU DE ESCOLARIDADE	Ensino secundário ou equivalente completo <input type="checkbox"/> Freqüência de ensino secundário ou equivalente (mín. 3 anos), sem conclusão <input type="checkbox"/>
MÉDIA FINAL OU PARCIAL	

Identificação do Curso Que Compreende as Unidades Curriculares Que Pretende Frequentar

CURSO Indique p.f. a ordem de preferência para que, em caso de ausência de vaga, a possamos considerar.	1. ^a _____ 2. ^a _____ 3. ^a _____
HORÁRIO PRETENDIDO	<input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno (O funcionamento está sempre condicionado ao número de inscitos)

Elementos a Apresentar

ELEMENTOS ADICIONAIS A APRESENTAR	<input type="checkbox"/> Certidão de habilitações escolares do ensino secundário ou legalmente equivalente, original ou cópia autenticada, com menção das classificações das disciplinas e, se for o caso, com menção da classificação final e nível de formação obtido. <input type="checkbox"/> Documento de identificação válido (Cidadãos de países não pertencentes à União Europeia terão que apresentar o original do título de residência válido de acordo com as normas do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras de Portugal). <input type="checkbox"/> Cartão de Contribuinte (Dispensável se o documento de identificação for o Cartão de Cidadão). <input type="checkbox"/> 1 fotografia tipo passe. <input type="checkbox"/> Atestado médico ou pré-requisitos (pré-requisitos só para cursos da área da saúde, à exceção de Ciências da Nutrição). <input type="checkbox"/> Taxa de candidatura no valor de 100,00€ (Não reembolsável).
--	---

Assinatura do(a) Candidato(a)

LEIA ATENTAMENTE OS TERMOS E ASSINE CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	Declaro por minha honra que tenho pleno conhecimento de que a presente candidatura corresponde ao Ano Zero ao abrigo do regulamento em vigor na Universidade Fernando Pessoa. _____, ____ de _____ de _____ <i>Assinatura do(a) candidato(a) (conforme Doc. Id.)</i>
--	--

A Preencher pelos Serviços

OBS.			
CANDIDATURA RECEBIDA A	/	/	POR

A Preencher pelo Diretor do ES-CEFOC

VALIDAÇÃO PARA INSCRIÇÃO (APÓS APRECIACÃO CURRICULAR)	Considero que o(a) candidato(a) cumpre os requisitos mínimos para efetuar inscrição no Ano Zero: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prof. Doutor Rui Leandro Maia: _____
--	---