

FICHA DE INSCRIÇÃO

Pós-Graduação em SUPERVISÃO CLÍNICA

DADOS PESSOAIS

Nome completo:

Contribuinte n.º

Identidade:

Cartão do Cidadão N.º:

Passaporte n.º:

Data de emissão (se BI):

Data de validade:

Data Nascimento:

Nacionalidade

Distrito de Nascimento

Naturalidade:

Conselho de Nascimento

Freguesia de Nascimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Estado Civil:

Telefone contacto:

E-mail:

Filiação:

Nome do pai:

Conforme doc.
identificação

Nome da mãe:

DADOS ACADÉMICOS & PROFISSIONAIS

Grau académico:

Curso:

Data conclusão:

Classificação final:

Cédula Prof. OE n.º

Afiliação (Inst| Serv. | Unidade):

(se aplicável)

PAGAMENTOS & CONDIÇÕES

INSCRIÇÃO: 115 Euros (não reembolsáveis)

Pagamento da Taxa de Inscrição, por Ref. Multibanco a ser enviada pelos serviços.

PROPINA: 1.920 Euros – Pagamento na íntegra

Ou

Opção de fracionamento em 10 mensalidades de 192 Euros

Notas:

- A desistência do curso, em qualquer fase, obriga ao pagamento da mensalidade seguinte.
- O Certificado Final de pós-graduação terá o valor em vigor na Universidade Católica Portuguesa no ano letivo em que for solicitado.

Emitir Recibo em nome de (preencher somente no caso de não ser o próprio):

NIF:

NOME COMPLETO:

MORADA COMPLETA:

DOCUMENTOS

Enviar **formulário de inscrição preenchido digitalmente**, junto com cópia do Documento de Identificação, declaração das condições para o exercício profissional (OE) e o Certificado de Conclusão do curso referido em dados académicos para:

enfermagem.sede@ucp.pt

obs.:

OUTROS ASSUNTOS

Teve conhecimento desta formação através de:

Docentes/Colaboradores da FCSE ou da EE

Facebook

Email enviado pela FCSE ou pela EE

Pesquisa no Google

Consulta direta no site da FCSE ou da EE

Colegas de trabalho | Familiares e amigos

É atual Estudante?

FCSE

Esc. Enfermagem

Outra Faculdade da UCP

É antigo Estudante?

FCSE

Esc. Enfermagem

Outra Faculdade da UCP

Data: ____ / ____ / ____