ISAVE
INSTITUTO SUPERIOR DE SAÚDE

Registo n.º_____/20___

Data_____/_____/_____

Boletim de Candidatura

Concursos Especiais para Acesso ao Ensino Superior – ____ª *Fase*

Ano Letivo 20___/20___

☐ Provas especialmente adequadas destinadas a avaliar a capacidade para a frequência do Ensino Superior dos Maiores 23 anos

Identificação do(a) Candidato(a)

NOME COMPLETO					
DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º		**VALIDADE**		**NIF N.º**	
DATA DE NASCIMENTO		**NACIONALIDADE**			
MORADA					
CÓDIGO POSTAL		**LOCALIDADE**			
TELEMÓVEL/TELEFONE		**E-MAIL**			

Habilitações Académicas

NÍVEL DE ESCOLARIDADE COMPLETO MAIS ELEVADO			
ESTABELICIMENTO DE ENSINO			
ANO DE CONCLUSÃO		**CLASSIFICAÇÃO FINAL**	

Candidatura

Indique, por ordem de preferência (1, 2 ,3…), o(s) curso(s) a que se candidata

LICENCIATURA

_____**ENFERMAGEM**

_____**FISIOTERAPIA**

_____**DIETÉTICA E NUTRIÇÃO**

Inscrição no Curso de Preparação ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

☐ **Declaro em como tomo conhecimento de que o curso só avançará se houver o número mínimo de estudantes definido pelo ISAVE.**

Como teve conhecimento da Oferta Formativa do ISAVE – Instituto Superior de Saúde

☐ Redes Sociais ☐ Publicidade

☐ Amigo/Familiar ☐ Estabelecimento de Ensino anterior

☐ Estudante do ISAVE ☐ Outro. Qual?_____

ISAVE – Instituto Superior de Saúde
Rua Castelo de Almourol, 13, Apt. 49 | 4720-155 Amares | Telefone – 253.639.800 | Fax – 253.639.801 | geral@isave.pt | www.isave.pt

Autorização para Fornecimento de Dados Pessoais

Declaro que autorizo a recolha dos dados pessoais, abaixo descritos, pelo ISAVE – Instituto Superior de Saúde, com a finalidade de gestão dos procedimentos administrativos relacionados com o concurso em apreço, instrução de pedidos apresentados ao ISAVE, processos administrativos internos de ordem financeira e elaboração de relatórios estatísticos

Nome
Número do Documento de Identificação
Data de Validade do Documento de Identificação
Número de Identificação Fiscal
Data de Nascimento
Nacionalidade
Morada
Telefone
Telemóvel
E-mail

☐ **Autorizo**

☐ **Não Autorizo**

Salvaguarda-se que, os dados recolhidos, ficarão arquivados durante 5 (cinco) anos, para efeitos estatísticos

Amares,_____de_____de_____

_____
Assinatura

A Preencher pelos Serviços

Documentação Entregue para Instrução do Processo de Candidatura

Certificado de habilitações	☐
Curriculum vitae	☐
Documento de identificação (necessário para validação de registos pessoais)	☐
Se o documento de identificação for o *Cartão de Cidadão*:	
- Autoriza a cedência da fotocópia do *Cartão de Cidadão*, a qual se anexa	☐
- Não autoriza com a cedência da fotocópia do *Cartão de Cidadão*, comprometendo-se, contudo, a exibi-lo caso lhe seja solicitado	☐
Documento comprovativo da residência legal em Portugal há mais de dois anos, de forma ininterrupta, em 31 de agosto do ano em que pretende ingressar no ensino superior (apenas para candidatos estrangeiros que não sejam nacionais de um Estado membro da União Europeia)	☐
Procuração, se aplicável	☐

Data:_____/_____/_____

Serviços Académicos:_____

ISAVE – Instituto Superior de Saúde
Rua Castelo de Almourol, 13, Apt. 49 | 4720-155 Amares | Telefone – 253.639.800 | Fax – 253.639.801 | geral@isave.pt | www.isave.pt