



ISAVE

ISAVE

INSTITUTO SUPERIOR DE SAÚDE

Boletim de Candidatura

Concursos Especiais para Acesso ao Ensino Superior

Ano Letivo 20____/20____

Registo n.º _____/20__

Data ____/____/____

 Titulares de DET Titulares de DTeSP**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 | CURSO TÉCNICO SUPERIOR PROFISSIONAL |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ENFERMAGEM | <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> APOIO EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS |
| <input type="checkbox"/> DIETÉTICA E NUTRIÇÃO | <input type="checkbox"/> BIOANÁLISES E CONTROLO |
| | <input type="checkbox"/> GERONTOLOGIA (Amares) |
| | <input type="checkbox"/> GERONTOLOGIA (Chaves) |
| | <input type="checkbox"/> ESTÉTICA, COSMÉTICA E BEM-ESTAR |
| | <input type="checkbox"/> SERVIÇO FAMILIAR E COMUNITÁRIO |
| | <input type="checkbox"/> TERMALISMO E BEM ESTAR (Amares) |
| | <input type="checkbox"/> TERMALISMO E BEM ESTAR (Chaves) |
| | <input type="checkbox"/> PROTEÇÃO CIVIL E SOCORRO (Amares) |
| | <input type="checkbox"/> PROTEÇÃO CIVIL E SOCORRO (Chaves) |

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Redes Sociais | <input type="checkbox"/> Publicidade |
| <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar | <input type="checkbox"/> Estabelecimento de Ensino anterior |
| <input type="checkbox"/> Estudante do ISAVE | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |

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, se aplicável.....

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: _____

