

**Boletim de Inscrição**

Pós-Graduação

Ano Letivo 20\_\_/20\_\_

**Identificação do/a Estudante**

<b>NOME COMPLETO</b>					
<b>NOME DA MÃE</b>					
<b>NOME DO PAI</b>					
<b>TELEMÓVEL/TELEFONE</b>		<b>E-MAIL</b>			
<b>MORADA</b>					
<b>CÓDIGO POSTAL</b>		<b>LOCALIDADE</b>			
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>			<b>NACIONALIDADE</b>		
<b>DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº</b>		<b>VALIDADE</b>		<b>NIF N.º</b>	

**Percurso Académico**

<b>HABILITAÇÕES ACADÉMICAS</b>	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutoramento
<b>ÁREA CIENTÍFICA</b>			
<b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO</b>			
<b>ANO DE CONCLUSÃO</b>		<b>CLASSIFICAÇÃO FINAL</b>	

**Situação Profissional**

<b>PROFISSÃO</b>			
<b>LOCAL DE TRABALHO</b>			
<b>CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO</b>	<input type="checkbox"/> Trabalhador por conta de outrem	<input type="checkbox"/> Trabalhador por conta própria	<input type="checkbox"/> Desempregado
	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outra _____	

**Inscrição**

Inque o curso de Pós-Graduação a que de pretende inscrever:	
<input type="checkbox"/>	Pós-Graduação em Fisioterapia Desportiva
<input type="checkbox"/>	Pós-Graduação em Terapias Complementares e Spa
<input type="checkbox"/>	Pós-Graduação em Sustentabilidade e Saúde Ambiental
<input type="checkbox"/>	Pós-Graduação em Fisioterapia Oncológica
<input type="checkbox"/>	Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde
<input type="checkbox"/>	<b>Declaro em como tomo conhecimento de que o curso só avançará se houver o número mínimo de estudantes definido pelo ISAVE.</b>

## 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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## A Preencher pelos Serviços

O processo foi instruído com os seguintes documentos:	<input type="checkbox"/> Apresentação do documento de identificação válido
	<input type="checkbox"/> Documento comprovativo de habilitações
	<input type="checkbox"/> <i>Curriculum Vitae</i>
	<input type="checkbox"/> Outro _____

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Serviços Académicos: \_\_\_\_\_