

---

**CONCURSO DE ACESSO E INGRESSO AOS CURSOS TÉCNICOS SUPERIORES  
PROFISSIONAIS**

**DECLARAÇÃO MÉDICA | CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**

Nome: \_\_\_\_\_  
N.º de Cartão de Cidadão/BI \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Telemóvel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**A preencher pelo médico(a)**

A/o estudante acima identificada/o apresenta o seguinte diagnóstico:

É problema congénito ou adquirido? \_\_\_\_\_  
Sendo adquirido, em que data provável? \_\_\_\_\_  
Qual a causa que o originou? \_\_\_\_\_  
É um problema permanente ou suscetível de melhorar ou desaparecer e em que tempo provável?  
  
Houve necessidade de acompanhamento especializado individual? \_\_\_\_\_  
- De que natureza: pedagógica, médica, terapêutica ou outra? \_\_\_\_\_  
- Especifique: \_\_\_\_\_  
Possui redução de capacidade física, motora, orgânica, sensorial ou intelectual? \_\_\_\_\_  
- Especifique: \_\_\_\_\_  
- Essa redução interfere com a sua capacidade funcional e de comunicação interpessoal a ponto de comprometer ou impedir a aprendizagem? Especifique. \_\_\_\_\_  
Existe compromisso ou impedimento para praticar, com autonomia e independência, os atos indispensáveis à satisfação das necessidades humanas básicas (atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária)?  
Especifique \_\_\_\_\_

Declaro, sob compromisso de honra, que o acima escrito corresponde à verdade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Nº Inscrição OM \_\_\_\_\_