
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 _____ N.º Inscrição OM _____