

DECLARAÇÃO

Eu, _____
portador(a) do Bilhete de Identidade n.º _____ , emitido por _____
em ____/____/____ , tendo concluído o Curso de _____
Portaria n.º _____ autorizo que (nome) _____
portador(a) do Bilhete de Identidade n.º⁽¹⁾ _____ , emitido por _____
em ____/____/____ , proceda ao levantamento da minha Carta de Curso/ Certificado de Curso/
Curriculum escolar na Área Académica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

⁽¹⁾ Anexar fotocópia