



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

REQUERIMENTO DE ADMISSÃO AO CURSO DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Exmo. Sr. Director da
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

(a) _____
filho(a) de _____
e de _____
natural da freguesia de _____, concelho de _____
nascido(a) a ____/____/____ portador(a) do Doc. de Identificação nº _____
estado civil _____ residente em _____

código postal _____ - _____ telefone _____,
e-mail _____@_____, tendo concluído o Curso de
Licenciatura (ou equivalente legal) em _____
na (Escola, Faculdade) _____
em ____/____/____, classificação de _____ valores requer a V. Exa. se digne
aceitar a sua candidatura ao Curso de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos.

Pede deferimento

(b) _____
Castelo Branco, _____ de _____ de _____

a) Nome do requerente
b) Assinatura do requerente

DESPACHO:

_____/_____/____