



Escola Superior de Enfermagem de
SANTA MARIA

REQUERIMENTO DE MATRICULA

Ex.ma Senhora

Presidente do Conselho de Direcção

Nome _____

Filho(a) de _____

e de _____

Nascido a ____/____/____, no Concelho de _____

Bilhete de Identidade n.º _____ Data de Emissão ____ -- ____ -- ____ do

Arquivo de Identificação _____ Estado Civil _____

Nº Fiscal _____

Morada _____

Código Postal ____ - ____ Localidade _____

Telefone n.º _____ Telemóvel n.º _____ E-mail _____

vem requer a sua matricula no Curso de _____

comprometendo-se a respeitar os Estatutos da ESEnfSM.

Porto, ____ de ____ de ____

Pede deferimento

(Assinatura conforme Bilhete de Identidade)

PROTECÇÃO DE DADOS

A ESEnfSM compromete-se a não divulgar espontaneamente qualquer dado de identificação pessoal que faça parte do seu registo. Salvaguardam-se situações decorrentes do cumprimento de disposição legal, ordem judicial ou de órgão administrativo competente.

- Autorizo a ESEnfSM a utilizar os meus dados pessoais, relativos a identificação, endereço e contactos para divulgação de acções de formação e/ou outros eventos relacionados com a sua actividade.
- Autorizo a cedência do meu endereço electrónico à Associação de Estudantes da ESEnfSM.
- Autorizo a cedência do meu endereço electrónico para eventual participação em investigações e estudos de carácter científico.
- Autorizo, no âmbito dos procedimentos do Acompanhamento do Sistema de Gestão da Qualidade, a cedência dos meus dados pessoais para efeitos de uma eventual auscultação sob a forma de inquérito.

Recebido e conferido _____ Porto, ____/____/____	Emolumentos: recibo nº _____ Valor _____ _____ Porto, ____/____/____	Despacho _____ Porto, ____/____/____	Arquivado _____ Porto, ____/____/____
--	---	--	---