

Curso					Lisboa	<input type="checkbox"/>	Porto	<input type="checkbox"/>
Acesso por	Regime Geral	<input type="checkbox"/>	Transferência (externa)	<input type="checkbox"/>	Mudança de Curso	<input type="checkbox"/>	Reingresso	<input type="checkbox"/>
Horário	Manhã	<input type="checkbox"/>	Tarde	<input type="checkbox"/>	Noite	<input type="checkbox"/>	Fim-de-Semana	<input type="checkbox"/>

* Não se aplica aos cursos de Nível Superior

Identificação do aluno

[!] Indique com uma cruz

Nome			
Filiação		e de	
B.I./Pass. nº	Emitido em	___/___/___	Arquivo
Data de Nascimento	___/___/___	Natural de	
Concelho de		Distrito de	
Nacionalidade		Estado Civil	
Contribuinte nº		Profissão	

Morada do aluno

Endereço			
Cód. Postal	-	Localidade	
Distrito			
Telefone		Telemóvel	
E-mail			

Habilitações de Acesso

[!] Indique com uma cruz o tipo de contacto preferencial.

<input type="checkbox"/>	9º, 10º, 11º Ano
<input type="checkbox"/>	12º Ano completo
<input type="checkbox"/>	Curso Superior ou Equivalente
<input type="checkbox"/>	Curso Secundário (PALOP e/ou estrangeiro)
<input type="checkbox"/>	Outras habilitações

Documentos

[!] Indique com uma cruz as suas Habilitações Literárias.

A entregar:

<input type="checkbox"/>	Boletim de Matrícula devidamente preenchido
<input type="checkbox"/>	Certificado de Habilitações 9º, 10º, 11º, ou 12º anos ou equivalente (fotocópia autenticada)
<input type="checkbox"/>	Fotocópia do Bilhete de Identidade / Passaporte
<input type="checkbox"/>	Fotocópia do Cartão de Contribuinte
<input type="checkbox"/>	2 Fotografias

A confirmar:

<input type="checkbox"/>	Boletim de vacinas (antitetânica), vacinado em ___/___/___	Confirmei	Rúbrica: _____
--------------------------	--	------------------	-----------------------

[!] Indique com uma cruz os documentos que vai entregar e dar a confirmar aos Serviços Académicos.

A preencher pelos Serviços Académicos

Declaro por minha honra, que as declarações aqui prestadas correspondem à verdade e que recebi o Regulamento Geral da Formação, tomando conhecimento do seu conteúdo e Condições de frequência do I.M.T.- Instituto de Medicina Tradicional
 A recolha de dados pessoais destina-se unicamente à sua utilização e tratamento no âmbito da actividade formativa do I.M.T. – Instituto de Medicina Tradicional
 Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para acções de divulgação do IMT [!] (marque com uma cruz)
 Autorizo o IMT a divulgar os meus dados pessoais ao Sistema de Acreditação [!] (marque com uma cruz)

Data ___/___/___	(Assinatura do Aluno)
------------------	-----------------------

A preencher pela Secretaria Geral

Recebido a ___/___/___ por _____	
Atribuído o número de aluno: _____ <small>A preencher pelos Serviços Académicos aquando do início do curso.</small>	Efectuou os seguintes pagamentos: _____ € (Inscrição) _____ € (Matrícula) _____ € (1ª Prestação) _____ € (Seguro Escolar)