

CONCURSO NACIONAL DE ACESSO E INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO

**DECLARAÇÃO MÉDICA** | CONTINGENTE ESPECIAL PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA OU SENSORIAL

NOS TERMOS DO ARTIGO 29.º, N.º 2, B), DO REGULAMENTO APROVADO PELA PORTARIA N.º 195/2012, DE 21 DE JUNHO

Nome

N.º de Cartão de Cidadão/BI

Data de Nascimento / /

Morada

Código Postal -

Telefone

Telemóvel

**A preencher pelo médico**

O estudante acima indicado sofre de

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 atendimento individual específico?

De que natureza: pedagógica, terapêutica ou outra?

Houve necessidade de frequentar um estabelecimento de educação especial?

Possui redução de capacidade física, motora, orgânica, sensorial ou intelectual?

Qual?

Essa redução de incapacidade interfere com a capacidade funcional e de comunicação interpessoal a ponto de impedir a aprendizagem própria ou alheia?

Está impedido de praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades humanas básicas?

Declaro, sob compromisso de honra, que o acima escrito corresponde à verdade.

, de

de 2012

Assinatura

N.º inscrição OM

