

**Seminário / Workshop**

**Local**

## Identificação do aluno

Nome			
CC/Pass. nº		Validade	
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			

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

## Documentos

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

### A entregar:

<input type="checkbox"/>	Boletim de Matrícula devidamente preenchido
<input type="checkbox"/>	Fotocópia do Cartão de Cidadão / Passaporte

[!] Indique com uma cruz os documentos que vai entregar e dar a confirmar aos 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:** \_\_\_\_\_

A preencher pelos Serviços Académicos aquando do início do curso.

**Efectuou os seguintes pagamentos:** \_\_\_\_\_ € (Inscrição)

Apenas será considerada uma desistência comunicada por escrito (carta ou impresso próprio), entregue em mão ou remetido por correio registado ou fax.