

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA	BOLETIM DE INSCRIÇÃO Data __ _ / __ _ / __ _ Recebi _____
---	--

CURSO: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Ano do Curso:1 Ano lectivo _____ / _____

NÚMERO INTERNO (a preencher pelos serviços) _____

NOME COMPLETO _____
 BILHETE DE IDENTIDADE/CARTÃO DE CIDADÃO/ PASSAPORTE |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 EMITIDO EM (localidade) _____ DATA ____/____/____ VALIDADE ____/____/____
 NACIONALIDADE _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____
 EMAIL _____
 MORADA PARA ONDE DEVE SER ENVIADA A CORRESPONDÊNCIA ESCOLAR

 |__|_|_|_|_| |__|_|_|_|_| (Código Postal) _____ (Localidade)

DISCIPLINAS EM QUE SE INSCREVE (Assinale com X)

1º Ano

	Enfermagem, Conceção e Profissionalidade
	Ética e Deontologia
	Gestão de Pessoas, Cuidados e Qualidade
	Investigação e Prática Baseada na Evidência
	Aprendizagem, Formação e Desenvolvimento Profissional Especializado
	Comunicação em Contexto Perioperatório
	Segurança e Gestão do Risco
	Organização dos Cuidados Perioperatórios
	Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória I
	Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
	Segurança Perioperatória
	Dor e Gestão da Dor
	Componente Clínica em Pessoa em Situação Perioperatória
Opção: (Colocar por ordem de preferência, sendo 1º de maior preferência e 3º de menor grau de preferência) -	
N.º Ordem	Nome da Opção
	Opção: Feridas e Viabilidade Tecidual
	Opção: Cuidar em Situação de Emergência
	Opção: Cuidar no Processo de Perda e Luto em Fim de Vida

Tomei Conhecimento:☐**Pedidos de Creditação**

Os pedidos de creditação deverão ser formalizados no prazo máximo de 10 dias úteis após a matrícula no curso. O estudante só poderá solicitar creditação uma vez por curso.

☐**Pedidos de Estatuto de Trabalhador Estudante e outros**

Os pedidos de estatuto deverão ser formalizados no prazo máximo de 10 dias úteis após o início da atividade letiva ou da data em que reuniam as condições para obtenção do mesmo.

☐

Aceito que os dados pessoais inseridos neste formulário sejam objeto de tratamento pela ESEnfC nos termos da sua política de privacidade e para as finalidades acadêmica, investigação e extensão que são missões da Instituição incluindo a divulgação de informação relevante.

Assinatura do Aluno _____