

<b>MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR</b> <b>ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE</b> <b>COIMBRA</b>	<b>BOLETIM DE INSCRIÇÃO</b> Data  _ _ / _ _ / _ _  Recebi _____
--	---

**CURSO: MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS**

Ano lectivo \_\_\_\_/\_\_\_\_

NÚMERO INTERNO (a preencher pelos serviços) \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO \_\_\_\_\_

BILHETE DE IDENTIDADE/C.C. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

EMITIDO EM (localidade) \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NACIONALIDADE \_\_\_\_\_

NATURALIDADE \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL \_\_\_\_\_

EMAIL (letras maiúsculas) \_\_\_\_\_

MORADA PARA ONDE DEVE SER ENVIADA A CORRESPONDÊNCIA ESCOLAR \_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (Código Postal) \_\_\_\_\_ (Localidade)

**DISCIPLINAS EM QUE SE INSCREVE (Assinale com X)**

	Pensamento Teórico e Conceção da Prática de Enfermagem
	Ética Deontologia e Bioética
	Análise Qualitativa de Dados Assistida por Computador
	Metodologias de Investigação em Enfermagem
	Direito do Trabalho
	Implementação da Ciência
	Comportamento Organizacional, Gestão de Recursos Humanos e Liderança
	Economia da Saúde e Finanças, Políticas e Sistemas de Saúde
	Gestão da Qualidade
	Governança Clínica
	Métodos Estatísticos
	Planeamento, Operações e Logística
	Sistemas de Informação
Opção: (Colocar por ordem de preferência, sendo 1º de maior preferência e 4º o de menor grau de preferência)	
<b>N.º Ordem</b>	<b>Nome da Opção</b>
	Opção: Contratualização;
	Opção: Direito da Saúde;
	Opção: Segurança e Gestão de Risco;
	Opção: Supervisão Clínica;

**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** \_\_\_\_\_