



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE COIMBRA**

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

Data |__|/|__|/|__|

Recebi _____

CURSO: Licenciatura em Enfermagem

Ano do Curso: 1º ano

Ano letivo 2024/2025

Regime de Ingresso: Estudante Internacional

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

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Fundamentos de Enfermagem |
| <input type="checkbox"/> | Anatomofisiologia I |
| <input type="checkbox"/> | Socioantropologia da Saúde |
| <input type="checkbox"/> | Psicologia do Desenvolvimento |
| <input type="checkbox"/> | Bioquímica e Biofísica |
| <input type="checkbox"/> | Microbiologia Clínica |
| <input type="checkbox"/> | Ética e Deontologia I |
| <input type="checkbox"/> | Pesquisa e Organização do Conhecimento |
| <input type="checkbox"/> | Enfermagem de Saúde Pública e Epidemiologia |
| <input type="checkbox"/> | Anatomofisiologia II |
| <input type="checkbox"/> | Nutrição e Dietética |
| <input type="checkbox"/> | Comunicação Interpessoal |
| <input type="checkbox"/> | Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde |
| <input type="checkbox"/> | Patologia Geral |
| <input type="checkbox"/> | Farmacologia |
| <input type="checkbox"/> | Ensino Clínico Determinantes Sociais da Saúde |

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 _____