Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

DECLARAÇÃO SOB COMPROMISSO DE HONRA

BOLSA DE ESTUDO

Eu (nome do/a candidato/a) _____

Nº de aluno/a _____ a frequentar o _____ ano curricular do curso de

_____, BI/CC Nº _____ NIF_____,

declaro sob compromisso de honra que:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____ /_____ /_____

Assinatura (conforme o BI/CC) :_____