

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

Curso de: Mestrado em **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

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)
1º Ano

<input type="checkbox"/>	Investigação e Prática Baseada na Evidência
<input type="checkbox"/>	Enfermagem, Conceção e Profissionalidade
<input type="checkbox"/>	Gestão de Pessoas, Cuidados e Qualidade
<input type="checkbox"/>	Ética e Deontologia
<input type="checkbox"/>	Neuropsicopatologia
<input type="checkbox"/>	Fundamentos de Enfermagem de saúde mental e Psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Avaliação em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica
<input type="checkbox"/>	Modelos e Intervenções Terapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Enfermagem de saúde Mental ao Longo do Ciclo Vital
<input type="checkbox"/>	Intervenções de Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica em Diferentes Contextos
<input type="checkbox"/>	Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

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 académica, investigação e extensão que são missões da Instituição incluindo a divulgação de informação relevante.

Assinatura do Aluno _____