



**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 ESEnC 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 _____