Exmo. Senhor
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas|NMS
Universidade Nova de Lisboa

Nome:_____

Documento de Identificação n.º:_____Validade:_____

NIF:_____

Morada:_____

E-mail:_____Telemóvel:_____

Vem requer a V. Exª a inscrição na(s) **Unidade(s) Curricular(es) isolada(s)** do_____

_____(**nome do curso**), conforme previsto no

Despacho n.º 5570/2019 de 7 de junho (listar as Unidades Curriculares por ordem de preferência):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Pede deferimento,

Lisboa, _____ de _____ de _____

(Assinatura) _____