

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

MINUTA DO REQUERIMENTO

(Escreva numa folha branca, seguindo este texto)

Exm^o Sr. Director
da Escola Superior de Saúde da
Cruz Vermelha Portuguesa

NOME ____, filho(a) de _____ e de _____, nascido(a) a ___/___/___, em _____, (estado civil) _____, residente em (morada completa), telefone(s) _____, portador(a) do B. I. N^o _____, de ___/___/___, de _____ (Arquivo de Identificação), contribuinte n^o ____, tendo o grau académico de licenciado, obtido na (Escola) _____, com a classificação final de ___ valores e exercendo funções de Enfermeiro _____ (cargo ou função que desempenha), com a categoria profissional de ____, vem por este meio requerer a aceitação da sua candidatura ao Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Lisboa, ____ de _____ de _____.

(Assinatura)