

**COMPROVATIVO DE MATRÍCULA**

Nome \_\_\_\_\_

Filho de \_\_\_\_\_

e de \_\_\_\_\_

nascido em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_

e morador em \_\_\_\_\_

Solicita a V. Ex.<sup>a</sup>, se digne confirmar que o requerente: (\*)

1. está matriculado(a) no ano letivo de \_\_\_\_ / \_\_\_\_, no \_\_\_\_.<sup>o</sup> ano, do curso de \_\_\_\_\_ da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

2. que no ano letivo de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ esteve inscrito no \_\_\_\_.<sup>o</sup> ano, do curso de \_\_\_\_\_ da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

3. que no ano letivo de \_\_\_\_ / \_\_\_\_, frequentou com/sem (a) aproveitamento o curso de \_\_\_\_\_ da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

4. outro: \_\_\_\_\_

A declaração requerida destina-se a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Conferido

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O Requerente

\_\_\_\_\_

(\*) seleccionar opção

(4) outras situações não previstas nos números anteriores

**CONFIRMAÇÃO**

Confirmo as declarações constantes dos n.<sup>os</sup> \_\_\_\_\_, pelo que a presente DECLARAÇÃO vai autenticada com o selo branco ou carimbo desta Faculdade e só pode ser utilizada para o efeito solicitado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(selo branco ou carimbo)

\_\_\_\_\_