Faculdade de Medicina Dentária

Informações sobre o preenchimento do Kit conclusão

Caros alunos(as),

Os novos formulários devem ser preenchidos sempre que possível de forma digital.

Os formulários em pdf, foram reformulados de forma a permitir a edição e preenchimento num dispositivo eletrónico, no entanto, o guia de quitação, é um documento que exige a visita a vários departamentos da faculdade. O guia de quitação é um documento que obriga tanto o aluno(a) como diversos colaboradores a preencher diversos campos manualmente, como por exemplo: Assinatura, data e observações. Por esse motivo o kit contem as duas opções do documento, embora similares um permite preencher parte de forma digital, o outro apenas permite o preenchimento manual, em virtude de não dispor da possibilidade de edição.

Devem por isso, optar pelo que considerem mais funcional e preencher apenas uma das versões do documento.

No entanto, também podem optar pelo de preenchimento digital, imprimir e preencher a parte que carece de validação manualmente.

Nota: (o de preenchimento manual está disponível na ultima posição, dos formulários que iram encontrar no kit de conclusão.)

As assinaturas nos formulários, devem respeitar as seguintes normas de forma a cumprir a legalidade em vigor:

Os documentos podem ser assinados com recurso a chave móvel ou cartão do cidadão, caso não seja possível devem imprimir os documentos depois de preenchidos, assinar e entregar pessoalmente nos serviços académicos.

Atentamente,

Serviços Académicos da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Telefone | (+351) 21 792 26 19/26/30 Correio Eletrónico | academicos@fmd.ulisboa.pt

Horário de atendimento presencial: Segunda a Sexta entre as 10h00 -13h00

Faculdade de Medicina Dentária

REQUERIMENTO/REQUEST

Nome Completo | Full Name:

Nº de Aluno | Student Number:

Curso | Course: curso / course

E-mail:

Nº Identificação | ID Number:

C.Cidadão |CitizenCard ☐ **Passaport|Passport** ☐

PEDIDO DE CERTIDÃO / APROVEITAMENTO | ACHIEVEMENT CERTIFICATE (PT 10€ ENG 15€)

☐ **Unidades Curriculares Isoladas | Standalone Course Units**

☐ **Curso de Especialização | Specialization Course**

☐ **Licenciatura | Bachelor Degree**

☐ **Mestrado |Master Degree**

☐ **Doutoramento |PhD Degree**

☐ **Português | Portuguese**

☐ **Inglês | English**

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO |GRADUATE CERTIFICATE (PT 20€ ENG 30€)

☐ **Curso de Especialização | Specialization Course**

☐ **Licenciatura | Bachelor Degree**

☐ **Mestrado (componente curricular) | Master Degree (curricular componente)**

☐ **Mestrado | Master Degree**

☐ **Doutoramento | PhD Degree**

☐ **Português | Portuguese**

☐ **Inglês | English**

FMDUL SA2023-ReqMod1v2

CERTIDÃO DE REGISTO | REGISTRATION CERTIFICATE 38€ (OBRIGATÓRIO |REQUIRED)

- ☐ **Curso de Especialização | Specialization Course**
- ☐ **Licenciatura | Bachelor Degree**
- ☐ **Mestrado (componente curricular) |Master Degree (curricular componente)**
- ☐ **Mestrado |Master Degree**
- ☐ **Doutoramento |PhD Degree**

- ☐ **Português | Portuguese**
- ☐ **Inglês | English**

CARTA DE CURSO | DIPLOMA (OPCIONAL |OPTIONAL)

- ☐ **Curso de Especialização | Specialization Course (80€)**
- ☐ **Licenciatura | Bachelor Degree (100€)**
- ☐ **Mestrado |Master Degree (125€)**
- ☐ **Doutoramento |PhD Degree (175€)**

- ☐ **Português | Portuguese**
- ☐ **Inglês | English**

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa – Rua Professora Teresa Ambrósio – Cidade Universitária – 1600-277 LISBOA
www.fmd.ulisboa.pt - E-mail: **academicos@fmd.ulisboa.pt** – Telefone: (+351) 21 792 26 19/26/30

Faculdade de Medicina Dentária

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS DE UNIDADES CURRICULARES | COURSE PROGRAMES

Programas e Cargas horárias | Course programes

Todos | All ☐ **A indicar | Please specify** ☐

Cada programa 7,50 €, até ao limite de 150 € | Each programme 7,50 € up to a maximum of 150 €

Quant | Total

Informação Emolumentos disponível em: https://www.fmd.ulisboa.pt/propinas-e-emolumentos/

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa – Rua Professora Teresa Ambrósio – Cidade Universitária – 1600-277 LISBOA
www.fmd.ulisboa.pt - E-mail: **academicos@fmd.ulisboa.pt** – Telefone: (+351) 21 792 26 19/26/30

Faculdade de Medicina Dentária

ATUALIZAÇÃO DOS DADOS IDENTIFICAÇÃO

Aos Serviços Académicos da
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Nome (Completo do aluno) _____

N.º de aluno _____do curso de _____

Solicitação de atualização dos dados de identificação:

Identificação: Selecione opção Data de Validade: ____/____/_____

Indique o nº :_____ N.º Utente SNS_____

Data de Nascimento: ____/____/_____ Estado de Civil: _____

Filho(a) de: _____

e _____

Nacionalidade: _____

Freguesia de Nascimento: _____

Concelho de Nascimento:_____

Distrito de Nascimento:_____

País de Nascimento: _____

Morada completa: _____

Código postal: _____ - _____ _____

Freguesia: _____ Concelho: _____

Distrito: _____ Nº de Contribuinte: _____ (Portugal)

Telemóvel:_____ E-mail:_____

Lisboa, ____ de _____ de _____

_____
(assinatura do requerente)

FMDUL SA2023-CDPv4

Faculdade de Medicina Dentária

GUIA DE QUITAÇÃO

Nome: _____

Nº Aluno: _____ **do Curso de**: **Selecione opção**

A presente guia quando rubricada, significa que o respetivo aluno não tem quaisquer problemas pendentes com o local/entidade respetiva.

1. Esta guia, deve ser entregue juntamente com o **Pedido de Certidão** comprovativa de habilitações, indispensável para que a mesma seja passada.

Local/Entidade	Assinatura do Responsável	Data	Observações
BIBLIOTECA			
PRÉ-CLÍNICO			
CLÍNICA 1			
CLÍNICA 2			
COMISSÃO COORDENADORA DO CURSO			
RECEÇÃO DE PACIENTES			

Local/Entidade	Pós Graduação	Mestrados/CBSO	Licenciaturas
BIBLIOTECA	✓	✓	✓
PRÉ-CLÍNICO	**X**	✓	**X**
CLÍNICA 1	**X**	✓	**X**
CLÍNICA 2	✓	**X**	**X**
COMISSÃO COORDENADORA DO CURSO	**X**	**X**	✓
RECEÇÃO DE PACIENTES	✓	✓	✓

✓Carece de validação/quitação **X** Não carece

Cidade Universitária, ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do(a) requerente

FMDUL SA2023-GQv1

Faculdade de Medicina Dentária

Consentimento autorizado

Caro(a) aluno(a) agora que terminou o curso e de forma a manter a ligação com a Faculdade de Medicina Dentária da Ulisboa, vimos por este meio, pedir o seu consentimento para futuros contactos e divulgação de assuntos que possam ser do seu interesse, tais como: eventos, novos cursos, palestras ou outros assuntos que estejam relacionados com o percurso académico na nossa instituição.

Assumimos o compromisso, de que os seus dados não são partilhados com outras instituições, servem apenas para o tratamento mencionado.

Nome: _____

Email que utilizo regularmente: _____

Número de aluno: _____

Curso: Selecione o Curso

☐ Autorizo a divulgação de conteúdos mencionados nesta declaração.

Assinatura aluno(a): _____

Caso pretenda mais tarde que seja removido o consentimento ou caso pretenda deixar de receber informação deve enviar um email para: academicos@fmd.ulisboa.pt .

Faculdade de Medicina Dentária

GUIA DE QUITAÇÃO

Nome: _____

Nº Aluno: _____ **do Curso de**: _____

A presente guia quando rubricada, significa que o respetivo aluno não tem quaisquer problemas pendentes com o local/entidade respetiva.

1. Esta guia, deve ser entregue juntamente com o **Pedido de Certidão** comprovativa de habilitações, indispensável para que a mesma seja passada.

Local/Entidade	Assinatura do Responsável	Data	Observações
BIBLIOTECA			
PRÉ-CLÍNICO			
CLÍNICA 1			
CLÍNICA 2			
COMISSÃO COORDENADORA DO CURSO			
RECEÇÃO DE PACIENTES			

Local/Entidade	Pós Graduação	Mestrados/CBSO	Licenciaturas
BIBLIOTECA	✓	✓	✓
PRÉ-CLÍNICO	**X**	✓	**X**
CLÍNICA 1	**X**	✓	**X**
CLÍNICA 2	✓	**X**	**X**
COMISSÃO COORDENADORA DO CURSO	**X**	**X**	✓
RECEÇÃO DE PACIENTES	✓	✓	✓

✓Carece de validação/quitação **X** Não carece

Cidade Universitária, ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do(a) requerente

(*) formulário de preenchimento manual, a letra tem de estar completamente percetível, depois de preenchido deve ser entregue nos serviços académicos.

FMDUL SA2023-GQv1M (preenchimento manual)