

PERMUTA ANO LETIVO ____ / ____

(Regulamento do concurso nacional de acesso e ingresso no ensino superior público para a matrícula e inscrição no ano letivo corrente)

REQUERIMENTO

Exmo(a) Sr.(a) Diretor(a) da ESDRM

REQUERENTE A

Nome do aluno: _____

Filiação: _____

C.C. n.º: _____ NIF n.º: _____ Telemóvel: _____

Correio Eletrónico: _____ @ _____

Colocado do Curso _____

Fase de Colocação _____ Ano Letivo ____ / ____

Matrícula efetuada em ____ / ____ / ____

REQUERENTE B

Nome do aluno: _____

Filiação: _____

C.C. n.º: _____ NIF n.º: _____ Telemóvel: _____

Correio Eletrónico: _____ @ _____

Colocado do Curso _____

Fase de Colocação _____ Ano Letivo ____ / ____

Matrícula efetuada em ____ / ____ / ____

Nos termos do art.º ____ do Regulamento publicado pela Portaria n.º _____, solicitam a V. Ex.ª Permuta no presente ano letivo.

Data: ____ / ____ / ____

REQUERENTE A _____
(Assinatura)

REQUERENTE B _____
(Assinatura)

ANÁLISE DA CANDIDATURA

(A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)

1. O requerimento foi apresentado dentro do prazo Sim Não
2. Os cursos exigem as mesmas provas de ingresso Sim Não
3. Os requerentes realizaram os pré-requisitos (se exigidos)
- | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|
| Requerente A | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Requerente B | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
4. As notas das provas de ingresso são superiores aos mínimos exigidos para o curso para que pretende transferir-se
- | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|
| Requerente A | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Requerente B | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

INFORMAÇÃO FINAL

Os requerentes reúnem as condições legais para que o processo seja deferido?

- | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|
| Requerente A | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Requerente B | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Data ____/____/____

O(A) Funcionário(a)

PARECER: _____

Data ____/____/____.

O(A) Secretário(a) da ESDRM,

DESPACHO: _____

Data ____/____/____.

O(A) Diretor(a) da ESDRM,
