



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

BOLETIM DE MATRÍCULA/INSCRIÇÃO

ESCOLA, CURSO E ANO CURRICULAR

Escola do IPVC ESE ESA ESTG ESCE ESENF Ano Lectivo ____ / ____
Curso: _____ Ano Curricular: _____

IDENTIFICAÇÃO, MORADA E CONTACTO

Nome _____ N.º _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____
Bilhete de Identidade n.º _____ Emissão ____ / ____ / ____ : ____
NIF _____
Morada _____ Código Postal _____ - _____
Telefone: _____ Telemóvel _____ E-mail _____
Empresa/instituição(se aplicável) _____
NIC _____
Morada _____ Código Postal _____ - _____
Telefone: _____ Telemóvel _____ E-mail _____

TIPO DE INGRESSO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Concurso Nacional de Acesso | <input type="checkbox"/> CET |
| <input type="checkbox"/> Reingresso | <input type="checkbox"/> Acesso a maiores de 23 anos |
| <input type="checkbox"/> Transferência | <input type="checkbox"/> Titulares de Cursos Médios ou Superiores |
| <input type="checkbox"/> Mudança de Curso | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Estrangeiro |

TIPO DE ALUNO

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Trabalhador Estudante | <input type="checkbox"/> Dirigente Associativo | <input type="checkbox"/> Bombeiro |
| <input type="checkbox"/> Palop | <input type="checkbox"/> Atleta de Alta Competição | <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Mobilidade |
| <input type="checkbox"/> Maternidade e partenidade | <input type="checkbox"/> Externo | <input type="checkbox"/> Extracurricular | <input type="checkbox"/> Outra |

DECLARAÇÃO

Declaro que autorizo a divulgação de dados , para fins exclusivos da instituição e para fins profissionais

- Sim
 Não

PLANO DE ESTUDOS - UNIDADES CURRICULARES

1.º Ano	1.º Semestre		2.º Ano	1.º semestre	
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	2.º Semestre			2.º Semestre	
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	_____

3.º Ano	1.º Semestre	
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	2.º Semestre	
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	_____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O aluno acima identificado é totalmente responsável pelo correcto preenchimento e pelos dados declarados no presente boletim, bem como declara não estar matriculado /inscrito noutra estabelecimento /curso do Ensino Superior.

Data _____ / _____ / _____

Assinatura _____

SERVIÇOS ACADÉMICOS

Propinas Seguro

Candidato a Bolsa Validade da vacina do Tétano: ___ / ___ / ___

Recebido por _____

Data ___ / ___ / ___