ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DECLARAÇÃO
(REGIME DE AVALIAÇÃO)

Ao Coordenador de Departamento de:

_____

c/ conhecimento ao Núcleo de Serviços Académicos e Administrativos

Nome_____, Aluno nº_____

a frequentar, no presente ano letivo, na ESSAlcoitão, o º ano do Curso de:

☐Licenciatura ☐Mestrado ☐Pós-graduação

em: _____,

tendo solicitado o **estatuto de trabalhador-estudante**, declara optar pelo Regime de Avaliação Periódica / Dispensa de Exame Final, às seguintes unidades curriculares, nos termos do Regulamento Pedagógico em vigor:

_____

_____

_____

_____

_____

O Aluno,

Alcoitão, __/__/____ _____

Informação do Coordenador
_____
_____
O Coordenador,
Data __/__/____ _____