

**PEDIDO DE EMISSÃO DE ATO CERTIFICATIVO DE OBTENÇÃO DO GRAU DE CONSULTOR**

**Dados de identificação:**

NOME COMPLETO

N.º CÉDULA PROFISSIONAL

N.º ID CIVIL

N.º ID FISCAL

**Dados para contacto no âmbito do pedido:**

MORADA

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDADE

N.º TELEFONE

EMAIL

**Âmbito do pedido:**

TIPO DE DOCUMENTO

DIPLOMA

☐

CERTIDÃO COM NOTA

☐

ANO DE ABERTURA DO CONCURSO

ESPECIALIDADE MÉDICA

N.º AVISO DO DR (Lista classificação final)

Pede deferimento

**Assinatura:**

**Data:** \_\_\_\_\_

1. Pagamento único da verba emolumentar: Diploma (5 euros) e Certidão (5 euros);

- Anexos:**
1. Transferência bancária para o seguinte NIB 078101120000000840770 ou IBAN PT50078101120000000840770)
  2. Cópia do cartão de cidadão (ou Bilhete de Identidade e cartão de contribuinte).