



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LEVANTAMENTO DE DOCUMENTOS

_____ (nome completo),
aluno(a) n.º _____, do Curso _____,
portador(a) do documento de identificação n.º ⁽¹⁾ _____, válido até ____/____/_____, declara
que autoriza _____ (nome completo),
portador(a) do documento de identificação n.º ⁽¹⁾ _____, a proceder ao levantamento nos
Serviços Académicos da Escola Superior de Saúde de Viseu, do(s) seguinte(s) documento(s):

- Diploma
- Suplemento ao Diploma
- Certidão discriminativa
- Carta de Curso
- Curriculum Escolar
- Outro(s): _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____
(conforme documento de identificação)

⁽¹⁾ Anexar fotocópia