

## PROVAS DE APTIDÃO MÉDICA

Nome \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ médico, portador da cédula profissional n.º \_\_\_\_\_ da  
Ordem dos Médicos, exercendo a profissão no concelho de \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_  
atesta que \_\_\_\_\_  
residente em \_\_\_\_\_  
nascido em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ e titular do Bilhete de Identidade  
n.º \_\_\_\_\_ do Arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_ datado  
de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ está Apto para o ingresso na Universidade de  
Cabo Verde, no curso de Educação Física.

(a) \_\_\_\_\_ restrições

Condições impostas (b) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

(a) Sem ou Com

(b) A preencher só quando existem condições a impor, tais como: usar óculos; ser reinspeccionado ao  
\_\_\_\_\_ meses.

(c) O reconhecimento da assinatura será substituída pelo selo branco quando for passado pela Delegacia de  
Saúde