

**IPL**escola superior de saúde  
instituto politécnico de leiria**CURSO DE TERAPIA DA FALA****PRÉ - REQUISITOS DO GRUPO A****DECLARAÇÃO**

Nome do(a) candidato(a) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Bilhete de identidade nº \_\_\_\_\_

Data de emissão \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Arquivo de Identificação \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Telefone nº \_\_\_\_\_

Face á informação recolhida através do questionário individual, o Terapeuta da Fala (nome) \_\_\_\_\_ portador do Bilhete de identidade nº \_\_\_\_\_ emitido em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ pelo Arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_, formado pela (instituição de ensino) \_\_\_\_\_

no ano de \_\_\_\_\_ atesta, por sua honra, para acesso ao ensino superior, que o(a) candidato(a) demonstra ausência de perturbações das linguagem e ou fala e do domínio da Língua Portuguesa, tal como é falada e escrita em Portugal, que interfira com a aprendizagem ou prática no curso de Terapia da Fala.

Emitida em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

O Terapeuta da Fala

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
(anexar cópia do B. Identidade e Cédula Profissional)

Reservado aos Serviços Académicos

Recebido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Recibo: \_\_\_\_\_