



Faculdade ¹⁸²⁵
de Medicina

Nome _____,

aluno n.º _____, do curso de _____,

solicita o seguinte:

Declaração para efeitos de Abono Família/ADM/ADSE/

Ministério Justiça/ Pensão Sobrevivência/ADSE.....

☐

Declaração até às **Centésimas** para efeitos de Internato Médico

☐

Declaração até às **Milésimas** para efeitos de

Internato Médico

☐

Declaração de Não Prescrição

☐

Declaração para efeitos de Transferência

☐

Lisboa, _____ de _____ de _____

(assinatura do requerente)



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Avenida Professor Egas Moniz,
1649-028 Lisboa - Portugal

medicina.ulisboa.pt
fmul@medicina.ulisboa.pt

T +351 21 798 5100