



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

Nome _____,
aluno nº. _____, 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)