



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** (a partir de 2006/07) para efeitos de  
Internato Médico .....

Declaração de Não Prescrição .....

Declaração para efeitos de Transferência .....

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do requerente)