



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

Nome _____, aluno nº _____, inscrito no _____ Ano
do Curso **Licenciatura em Ciências da Nutrição** na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, requer exame
na **Época Específica**, ao abrigo de _____ à(s) seguinte(s) unidade(s) curricular(es):

Unidade Curricular – 1º ano	Duração	Marque com X a sua opção
Anatomia	1º Sem.	
Bioestatística I		
Biologia Molecular e Celular		
Sociologia e História da Alimentação		
Microbiologia		
Química dos Alimentos		
Saúde Pública		
Bioquímica	2º Sem.	
Fisiologia		
Genética		
Histologia		
Psicologia		
Alimentação e Nutrição Humana		

Unidade Curricular – 2º ano	Duração	Marque com X a sua opção
Epidemiologia Nutricional	1º Sem.	
Farmacologia		
Avaliação Nutricional		
Imunologia		
Patologia I		
Nutrição no Ciclo de Vida		
Legislação e Normalização Alimentar		
Contaminantes Alimentares	2º Sem.	
Modificação Comportamental em Saúde		
Bioquímica Clínica		
Gastrotecnia		
Fisiologia do Exercício		
Patologia II		
Toxicologia dos Alimentos		

Unidade Curricular – 3º ano	Duração	Marque com X a sua opção
Dietoterapia I	1º Sem.	
Ética e Deontologia Profissional		
Análise e Conservação dos Alimentos		
Segurança dos Alimentos		
Marketing Alimentar e Nutricional		
Gestão em Alimentação		
Dietoterapia II	2º Sem.	
Metodologias de Investigação		
Nutrição Comunitária		
Exercício na Saúde e Doença		
Política Nutricional		
Tecnologia Alimentar e Inovação		
Nutrição, Obesidade e Controlo de Peso		

Unidade Curricular – 4º ano	Duração	Marque com X a sua opção
Bioestatística II	1º Sem.	
Investigação Aplicada		
Nutrição Artificial		
Nutrição no Desporto		
Qualidade Alimentar e Sistemas de Gestão		

Unidades Curriculares Opcionais (3º/4º anos)	Duração	Marque com X a sua opção
Mecanismos da Doença	1º Sem.	
Econutrição		
Economia e Saúde		
Promoção da Adesão à Dietoterapia		

Roga a V. Ex.^ª. se digne mandar admiti-lo.

Lisboa, ____ de _____ de _____

(assinatura)