

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**MINUTA DO REQUERIMENTO**

**(Escreva numa folha branca, seguindo este texto)**

Exmº Sr. Presidente do Conselho de Direção  
da Escola Superior de Saúde da  
Cruz Vermelha Portuguesa

NOME \_\_\_\_, filho(a) de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, nascido(a) a \_\_/\_\_/\_\_, em \_\_\_\_, residente em (morada completa), telefone(s) \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ portador(a) do Cartão de Identificação Nº \_\_\_\_\_, contribuinte nº \_\_\_\_, tendo o grau académico de licenciado, obtido na (Escola) \_\_\_\_, com a classificação final de \_\_ valores, com a categoria profissional de \_\_\_\_, vem por este meio requerer a aceitação da sua candidatura ao Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

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

---

(Assinatura)