

Requerimento para Obtenção do Título Académico de Agregado

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Candidatura n.º _____

Data: ____ / ____ / ____

Func.: _____

REQUERIMENTO

Ex.mo Senhor

Reitor da Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches

Nome _____, Filho/a de _____

_____, e de _____

portador/a do Doc. de Identificação n.º _____, emitido pelo arquivo de identificação de _____

, em ____ / ____ / ____ , residente em _____,

tel n.º _____, e-mail _____, titular do grau de doutor em _____

_____ (indicar ramo de conhecimento ou especialidade

obtido em (indicar data) na Universidade de (indicar a Universidade) _____

Professor/Investigador (indicar a categoria) _____, da _____),

_____, Faculdade/Unidade de Investigação da Universidade de (indicar a Universidade

vem nos termos do Decreto-Lei n.º 239/2007, de 19 de Junho, requerer a V. Ex.ª a realização de provas de agregação no

ramo de conhecimento em (indicar ramo de conhecimento) _____),

da Faculdade de _____, da Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde

 Lisboa, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura

Anexo: _____ exemplares em suporte de papel e _____ cópia em formato digital do currículo, do relatório, do sumário pormenorizado do seminário ou lição e dos trabalhos mencionados no currículo considerados como mais relevantes.