

	CREDITAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E FORMAÇÃO DE NÍVEL NÃO SUPERIOR	Ano Lectivo ____ / ____
---	--	-----------------------------------

Exma. Senhora
Presidente da Escola Superior de Saúde Atlântica

EMOLUMENTOS:

Licenciaturas/Pós-graduações de saúde ... 40 € / U.C.
Processo Creditação 150€

Licenciatura/Pós-graduação/Pós-Licenciatura/Mestrado em: _____

_____ Ano: _____ N.º do aluno: _____

Nome completo: _____

Endereço: _____

_____ Código postal: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Vem requerer a creditação da experiência profissional e formação pós-secundária, descrita no currículo vitae e no portefólio anexo ao presente requerimento, para efeitos de prosseguimento de estudos para a obtenção de grau académico ou diploma, através da atribuição de créditos do ECTS no plano de estudos.

Deverá ser apresentado um portefólio, tão completo quanto possível, objectivo e sucinto, contendo apenas a informação relevante para uma correcta apreciação, nomeadamente:

- ☐ 1. *Curriculum vitae*
- ☐ 2. Formação realizada, não enquadrável na Creditação de Formação Académica, incluindo os certificados e outros documentos relevantes;
- ☐ 3. Descrição da experiência profissional acumulada (quando, onde, durante quanto tempo e em que contexto, etc.) e respectivos comprovativos;
- ☐ 4. Lista de afirmações, claras e objectivas, descrevendo os resultados da aprendizagem (competências e capacidades que o estudante adquiriu com a experiência, assim como aquilo que sabe, compreende, ou é capaz de fazer em resultado dessa experiência);
- ☐ 5. Trabalhos e projectos realizados, informação relevante do empregador, etc.;
- ☐ 6. Outros elementos que o requerente considere de interesse (explicite quais):

ESPAÇO RESERVADO AOS SERVIÇOS

Registo de Entrada	Declaração do Requerente																
Rubrica da funcionária: _____ Data: <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A	Declaro que tomei conhecimento do despacho, Data: <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table> _____ (Assinatura)	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A										
D	D	M	M	A	A	A	A										

Pede deferimento,

Assinatura do aluno conforme o Bilhete de Identidade

Data:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica
Entidade Instituidora – EIA – Ensino, Investigação e Administração, S.A

Fábrica da Pólvora de Barcarena, 2730-036 Barcarena
CRC de Cascais

Nº único de Matrícula e Contribuinte 502 948 477

Tel. 214 398 200 - www.essatla.pt
Capital Social 1 321 851,10€