

DECLARAÇÃO

Eu, (nome completo), _____

portador do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão n.º _____, com validade até

_____, residente em _____,

na qualidade de Encarregado de Educação de (indicar nome completo do aluno colocado na FFULisboa) _____,

autorizo a sua matrícula/inscrição na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa,

para o ano letivo de 20___/ 20___.

Lisboa, (data) _____

Assinatura legível
