

**REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE CREDITAÇÃO DE FORMAÇÃO ANTERIOR OU
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO
PORTO**

Nome: _____

Estudante da FCNAUP nº _____, portador do B.I/CC. nº. _____

Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

NIF: _____

Tendo como habilitações: _____

da Faculdade: _____

Solicita, a equivalência das seguintes unidades curriculares:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Experiência Profissional:

Para efeito de prosseguimento de estudos no Curso de:

Porto, ____/____/201__

O Requerente,
