

DECLARAÇÃO

Declaro que tomei conhecimento de que **a aprovação** nas provas destinadas a avaliar a capacidade para a frequência e inscrição na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto por candidatos maiores de 23 anos **não confere** por si só, o direito à matrícula e inscrição no Ensino Superior, ficando sujeito à realização de candidatura de acordo com a legislação, vagas e os prazos que, para o efeito, vierem a ser publicitados.

Data: ____/____/____

(assinatura conforme documento de identificação)