

Dados do documento de identificação

Nomes: _____

Apelidos: _____

Sexo: Feminino Masculino

Nacionalidade: _____

Data de nascimento: _____ (dia)/ _____ (mês)/ _____ (ano)

Tipo de documento de Identificação:

Cartão de cidadão

Bilhete de identidade

Passaporte

Outro: _____

Nº documento (incluindo dígitos de controlo): _____

Data de validade: _____ (dia)/ _____ (mês)/ _____ (ano)

NIF: _____

Autorizo a Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto à recolha e tratamento da informação aqui indicada para fins exclusivamente de gestão dos procedimentos administrativos na área da gestão académica utilizados no âmbito de (assinalar cada um dos procedimentos) Candidaturas Matrículas Inscrições

Provas Estatísticas Certidões

tendo presente as disposições da atual legislação relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

Poderá, a todo o tempo, proceder à retificação dos seus dados pessoais, através do seguinte email: **expediente@ff.up.pt**.

Assinatura do titular: _____

Data: ____/____/____