Exmo(a). Senhor(a)

Diretor(a) da Faculdade de Letras da Universidade do Porto

O estudante,

**Nome:**

**Número**:       **Nacionalidade:**

**Curso:**

**Variante** *(se aplicável):*

**N.º B.I./C.C.:** **NIF:**

**Data nascimento:**

**Filiação:**

**Naturalidade**

**Freguesia:****Concelho:** **Distrito:**

**Morada:**

**Cód. Postal:**

**Telefone:** **Telemóvel:**

**Email:**

Solicita a V.ª Ex.ª autorização para se inscrever nas seguintes unidades curriculares:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **NOME DA UNIDADE CURRICULAR** | **INFORMAÇÃO** |
|  |  | **Departamento** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Pede deferimento, O estudante,

**Data** *(aaaa/mm/dd):*  **Assinatura:**

**DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA** *(a verificar pelos serviços)***:**

|  |
| --- |
| Certidão de habilitações  Outra: |