

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador do BI/CC nº _____, residente na _____, declaro que exerço o poder parental do meu educando _____ e autorizo que a NOVA MEDICAL SCHOOL realize a sua matrícula no 1º ano da Licenciatura/Mestrado Integrado em _____.

Declaro ainda que ao aceitar os termos e condições descritos no boletim de matrícula online me responsabilizo por qualquer incumprimento do meu educando relativamente ao pagamento da propina, emolumentos, seguro escolar.

Lisboa, ____ de _____ de 2023

Assinatura conforme documento de Identificação Civil