

Declaração Médica

Telefono n.º | | | | | | | | |

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos _____ (colocar carimbo ou vinheta)

NOTA: O presente formulário está de acordo com os formulários disponíveis para os restantes grupos de pré-requisitos de Aptidão Funcional, Física e Desportiva.