



## **Associação Portuguesa de Medicina Tradicional**

Rua Augusto Machado, 15 – 1º Esq  
1900 –078 Lisboa - Portugal  
geral@apmt.pt

### **Ficha de Inscrição**

Nome : \_\_\_\_\_

Data de nascimento : \_\_\_\_\_ Localidade : \_\_\_\_\_ País : \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ B.I.: \_\_\_\_\_ Arquivo de Ident: \_\_\_\_\_ Válido até: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Contribuinte Nº : \_\_\_\_\_

Morada : \_\_\_\_\_

Localidade : \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_

Telefone contacto: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### **Habilitações Literárias**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Habilitações Profissionais (trabalho relevante em Medicina Tradicional)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Valorização Profissional / Curricular (formações, artigos publicados, etc)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **A preencher pela APMT**

Pagamento de Inscrição / Data: \_\_\_\_\_

Categoria aceite / Data: \_\_\_\_\_

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_