**REQUERIMENTO**Inscrição a Cadeiras Isoladas

Exmo. Senhor  
Presidente do ISCAL

Nome: Nome completo   
Nº de aluno Caso já tenha nº   
  
Naturalidade: Freguesia/Concelho/Distrito  
Morada: Morada  
Código Postal \_\_\_\_-\_\_\_ Localidade

Telef./tlm Telefone ou telemóvel

**Unidades Curriculares que pretende frequentar:**

1. Nome da cadeira que pretende frequentar
2. Nome da cadeira que pretende frequentar
3. Nome da cadeira que pretende frequentar
4. Nome da cadeira que pretende frequentar
5. Nome da cadeira que pretende frequentar
6. Nome da cadeira que pretende frequentar
7. Nome da cadeira que pretende frequentar
8. Nome da cadeira que pretende frequentar
9. Nome da cadeira que pretende frequentar
10. Nome da cadeira que pretende frequentar

Em que curso pretende frequentar a(s) Unidade(s) Curricular(es):  
Escolha o curso  
  
Regime: Escolha um regime

**Nota:** Anexar documento de identificação, nº contribuinte e certificado de habilitações.  
Enviar para **div.academica@iscal.ipl.pt**

Data: Data do pedido  
Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_