

**INSERIR LOGÓTIPO  
DA INSTITUIÇÃO**

## CERTIFICADO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

CEP nº: NUIP DATA 

\_\_\_\_\_, Psicólogo(a) clínico(a) Titular da CEP N°  
\_\_\_\_\_, Registado(a) no SIGESP com o NUIP \_\_\_\_\_  
exercendo a função de \_\_\_\_\_  
na instituição \_\_\_\_\_  
situada na rua \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Distrito Urbano \_\_\_\_\_, Município \_\_\_\_\_  
Província de \_\_\_\_\_, contacto \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

CERTIFICA que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ anos de idade  
nascido aos \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_  
BI/Ced/Pass. N° \_\_\_\_\_, emitido aos \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Válido até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
funcionário da empresa \_\_\_\_\_  
SUBMETIDO a Avaliação Psicotécnica no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, tendo sido considerado \_\_\_\_\_  
para \_\_\_\_\_  
conforme consta do Livro de Registo n° \_\_\_\_\_, folha n° \_\_\_\_\_.

O presente Certificado de aptidão tem a validade de 6 meses.

**O(A) PSICÓLOGO (A)**

**Xxxxx Xxxxx Xxxxxx**

**CEP N° xxx**



**ENTIDADE  
AUTORIZADA PELA PNA**