

## CURSOS PROFISSIONAIS REQUERIMENTO DE EXAME

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

\_\_\_\_ Ano do Curso Técnico Profissional de \_\_\_\_\_

Nome da Disciplina	Número do Módulo / Nome

Agrupamento de Escolas Coimbra Oeste, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2024

Assinatura do Aluno / Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_

Nº	Produto	Valor	QT
S009	Inscrições de Exames Cursos Profissionais	1,00€	

Verifiquei o pagamento pelo recibo

O/A Assistente Técnico/a em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

**Obs:** Preencha os dados solicitados, guarde o ficheiro e de seguida envie a ficha para os serviços administrativos: [exames2024@aecoimbraoeste.pt](mailto:exames2024@aecoimbraoeste.pt)