

Ensino Profissional de Nível Secundário

Exmo. Senhor
Diretor do Agrupamento de Escolas Dr. Jorge Augusto
Correia, Tavira

INSCRIÇÃO NOS EXAMES DE RECUPERAÇÃO MODULAR

ALUNO:

Nome: _____

N.º de identificação civil: _____ Data de validade: ____ / ____ / _____

Telefone: _____ Mail: _____

CURSO QUE FREQUENTA/OU:

Ano letivo em que o curso iniciou: _____ Ano/Turma atual: _____ N.º ____

ÉPOCA DE EXAMES: _____

EXAMES EM QUE SE INSCREVE:

Ano	Disciplina	Nº do Módulo/UFCD	Designação do Módulo/UFCD

Conferido por

Tavira, ____ de _____ de 20__

O Encarregado de Educação ou o aluno maior de idade

em ____ / ____ / _____
