
Declaração de Assistência Médica

_____,
declara que em virtude de ter de prestar assistência ao seu (sua) _____,
nascido em _____.

Por se encontrar _____, não lhe é possível comparecer ao serviço no dia
_____, das _____ às _____, dado que na presente situação é o único familiar disponível
para lhe prestar assistência.

O/A requerente,

Coruche,

Assinatura ⁽¹⁾

Agrupamento de Escolas de Coruche
Avenida Capitão Salgueiro Maia - 2100-042 CORUCHE

Código: 170367
Telefone: 243 617 553
NIPC: 600084086

secretaria@aecoruche.pt
www.aecoruche.pt

⁽¹⁾ Assinatura igual ao Cartão de Cidadão ou assinatura digital quando enviado em formato digital.