



Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Serviços de Acção Social

## SERVIÇO DE VIGILÂNCIA

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

Residência: \_\_\_\_\_

Indicar com um **X** os meses pretende:

SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN

Indicar com um **X** o horário que pretende praticar:

*Semanal (2ª a 6ªfeira)*

19h às 24h	
------------	--

*Fim-de-semana*

09h às 14h	
14h às 19h	
19h às 24h	

Castelo Branco, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

O ALUNO

\_\_\_\_\_