INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DE ALUNOS

ANO LECTIVO _____ **ANO** _____ **CICLO** _____ **SEMESTRE**

ESTABELECIMENTO DE ENSINO _____

DEPARTAMENTO _____ **CURSO** _____

Unidade Curricular	Ano	Regente/Assistente	Dia da semana	Sala

_____, _____/_____/_____ O Coordenador de Curso:_____

Horário de atendimento	
das	às