



Código de evento:

29052007

QA

210000

Número de centro de exame:

Centro de exame VCA:

Local:

Data do exame:

Tipo de exame: O Escrito O Lido em voz alta

Número de candidato:

Apelido:

Nomes ou iniciais:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Fouten:

Resultado:

Atenção! Preencher apenas com lápis preto, corrigindo eventuais erros com borracha. Assinale apenas uma resposta certa! À exceção do resultado, os avaliadores não podem escrever no lado da frente desta ficha de respostas.

	A	B	C		A	B	C
1			<input type="checkbox"/>	21			<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>		22			<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>			23			<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>		
5			<input type="checkbox"/>	25			<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>			26		<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/>		27		<input type="checkbox"/>	
8			<input type="checkbox"/>	28		<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>		29	<input type="checkbox"/>		
10			<input type="checkbox"/>	30		<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>		31	<input type="checkbox"/>		
12			<input type="checkbox"/>	32		<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>			33	<input type="checkbox"/>		
14		<input type="checkbox"/>		34		<input type="checkbox"/>	
15		<input type="checkbox"/>		35			<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>			36			<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>			37		<input type="checkbox"/>	
18		<input type="checkbox"/>		38	<input type="checkbox"/>		
19			<input type="checkbox"/>	39			<input type="checkbox"/>
20		<input type="checkbox"/>		40			<input type="checkbox"/>

