



REQUERIMENTO DE REGIME DO EXERCÍCIO DOMICILIAR

Sr(a): _____

Chefe do Departamento: _____

Faculdade/Campus: _____

Nome completo:

| |
|--|
| |
|--|

Identidade:

CPF:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

E-mail:

Telefone Fixo:

Telefone Móvel:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Curso:

Período:

Semestre em curso:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Turno:

Faculdade ou Campus Avançado/Núcleo:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Que este subscreve, requer **gozo do regime de exercício domiciliar como compensação as aulas**, com amparo Legal no Regulamento de Cursos de Graduação (Arts. 142 a 148), pelo motivo a seguir delineado:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aluna gestante | <input type="checkbox"/> Aluno(a) portador(a) de afecções definidas em lei |
| <input type="checkbox"/> Aluna adotante | <input type="checkbox"/> Aluno(a) participante de congresso científico |
| <input type="checkbox"/> Aluno(a) participante de competições artísticas ou desportivas | |

Anexo ao pedido o documento comprobatório do motivo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atestado Médico(licença gestante) | <input type="checkbox"/> Laudo Médico (tratamento de saúde) |
| <input type="checkbox"/> Decisão judicial de adotante | <input type="checkbox"/> Comprovante de inscrição em congresso científico |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de inscrição em competição artística ou desportiva | |

“Declaro estar ciente de que na minha ausência devo ser representado(a) por procurador legalmente instituído e receber do Departamento Acadêmico o Programa de Estudo Especial, respeitando o prazo determinado pela norma.”

_____, ____ de _____ de _____
 Local e data

 Assinatura do Requerente

 Assinatura e matrícula do(a)Servidor(a)

| | |
|--------------------------|--|
| | Regime do Exercício Domiciliar |
| | Nome: _____ |
| | Faculdade/Campus/Núcleo: _____ |
| Data: ____ / ____ / ____ | _____ Assinatura e matrícula do(a) Servidor (a) |