PROTOCOLO
Nº_____/____
LIVRO:_____FLS.:_____
Data:_____/_____/_____

Responsável Protocolo

REQUERIMENTO REGIME DE EXERCÍCIO DOMICILIAR

IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE	
Nome:	Nº de matrícula:
Curso:	Série/turma:
E-mail:	Telefone:

Solicito acompanhamento domiciliar de _____dias, no período de _____/____/_____ a ____/____/____, conforme atestado médico apresentado e em conformidade com o Decreto-Lei nº1.044 ( ) ou Lei nº 6.202 ( ).

Estou ciente que tenho que cumprir o plano de atividade proposto pelo(s) professor(es) da(s) disciplina(s) abaixo relacionadas em substituição às aulas do período de excepcionalidade e o não cumprimento neste plano torna sem efeito os benefícios da excepcionalidade solicitada.

DISCIPLINA(S) EM QUE ESTÁ MATRICULADO(A)		PROFESSOR(A)

Rio Pomba, de de 20____

_____
Assinatura requerente ou responsável

Reservado a CGARA

Deferido ( ) Indeferido ( ) _____

_____
Coord. Geral de Assuntos e Registros Acadêmicos

RECIBO DO REQUERENTE SOLICITAÇÃO REGIME EXERCÍCIO DOMICILIAR

O aluno _____do Curso_____ requereu em _____/_____/_____ PROCOLO Nº_____ - LIVRO _____ - FOLHA _____, _____dias, no período de _____/_____/_____ a _____/_____/_____. O aluno terá o resultado da solicitação através do e-mail informado no requerimento.