REQUERIMENTO DE LICENÇA MATERNIDADE, PATERNIDADE OU TRATAMENTO DE SAÚDE COM SUSPENSÃO DA CONTAGEM DO PRAZO DE CONCLUSÃO DO CURSO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO | | | |
| NOME DO(A) ALUNO(A): Clique ou toque para inserir seu nome | | | |
| Nº MATRÍCULA: Clique ou toque para inserir o número | | CÓDIGO CURSO: Insira o código | |
| NOME/NÍVEL DO CURSO: Clique ou toque para informar o nome e nível do curso | | | |
| ORIENTADOR(A): Clique ou toque para inserir o nome | | | |
| BOLSISTA: | | | |
| E-MAIL: Clique ou toque para inserir o e-mail | | | TELEFONE: Insira o número |
| CIDADE: Clique ou toque para inserir a cidade | ESTADO: Clique ou toque para inserir o Estado | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: Clique ou toque para informar o endereço residencial | | | |

O(A) aluno(a) acima identificado(a), tendo em vista as condições de amparo ao estudante previstas no Regulamento da Pós-Graduação e Guia Acadêmico da UFSM, vem requerer a licença para tratamento de saúde (condição clínica que impossibilite a dedicação às atividades do curso por período igual ou superior a 30 dias ininterruptos, com prazo de até 180 dias, prorrogável por mais 180 dias), licença maternidade (até 180 dias) ou paternidade (até 20 dias), com suspensão da contagem dos prazos e prorrogação para conclusão do curso pelo período da licença, conforme o(s) motivo(s) e período informado no(s) atestado(s) médico(s) e abaixo descrito:

|  |  |
| --- | --- |
| MOTIVO: |  |
|  |
|  |
| PERÍODO DE TEMPO: Clique ou toque para informar tempo | |
| JUSTIFICATIVA OU MAIORES INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO APRESENTADA:  Clique ou toque para inserir as informações desejadas | |

|  |
| --- |
| TERMO DE RESPONSABILIDADE |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| REPRESENTANTE LEGAL - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO  Preencher os dados e anexar a documentação comprobatória quando o processo precisar ser aberto por representante legal do(a) aluno(a) do curso de pós-graduação | | | |
| NOME: Clique ou toque para inserir seu nome | | | |
| E-MAIL: Clique ou toque para inserir o e-mail | | TELEFONE: Insira o número | |
| CPF: Insira o número | CIDADE: Inserir a cidade | | ESTADO: Insira o Estado |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: Clique ou toque para informar o endereço residencial | | | |

RELAÇÃO DE DISCIPLINAS MATRICULADAS NO SEMESTRE VIGENTE E SITUAÇÃO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CÓDIGO | NOME DA DISCIPLINA | PROFESSOR | SITUAÇÃO DA DISCIPLINA |
| Inserir o código | Clique ou toque para inserir o nome | Clique ou toque para inserir o nome | Escolher um item |
| Inserir o código | Clique ou toque para inserir o nome | Clique ou toque para inserir o nome | Escolher um item |
| Inserir o código | Clique ou toque para inserir o nome | Clique ou toque para inserir o nome | Escolher um item |
| Inserir o código | Clique ou toque para inserir o nome | Clique ou toque para inserir o nome | Escolher um item |
| Inserir o código | Clique ou toque para inserir o nome | Clique ou toque para inserir o nome | Escolher um item |
| Inserir o código | Clique ou toque para inserir o nome | Clique ou toque para inserir o nome | Escolher um item |
| Inserir o código | Clique ou toque para inserir o nome | Clique ou toque para inserir o nome | Escolher um item |
| Inserir o código | Clique ou toque para inserir o nome | Clique ou toque para inserir o nome | Escolher um item |

|  |
| --- |
| - Este requerimento deve ser preenchido, salvo em PDF, anexado e assinado digitalmente no PEN, junto do(s) atestado(s) médico(s)) e/ou demais documentos.  - Todos os arquivos do processo devem estar em formato PDF legível. |

Data da solicitação: 07/12/2023