REQUERIMENTO DE REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES

|  |
| --- |
| 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: Clique ou toque para inserir 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: Clique ou toque para inserir o número |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: Clique ou toque para informar a cidade, estado e o endereço residencial |

O(A) aluno(a) acima identificado(a), tendo em vista as condições de amparo ao estudante previstas no Guia Acadêmico da UFSM e para a continuidade de seus estudos nas disciplinas em que está matriculado no semestre em vigência, vem requerer o Regime de Exercícios Domiciliares conforme o(s) motivo(s) e período informado no(s) atestado(s) médico(s) e abaixo descrito:

|  |
| --- |
| 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 |

RELAÇÃO DE DISCIPLINAS MATRICULADAS NO SEMESTRE VIGENTE:

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

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

Data da solicitação: 19/01/2024