**REQUERIMENTO – REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**

À Coordenação do Curso de Pedagogia Noturno,

Eu, (nome completo), matrícula (nº de matrícula), discente do Curso de Pedagogia Licenciatura Plena Noturno da UFSM, tendo em vista as condições de amparo ao estudante previstas no Guia Acadêmico da UFSM, solicito regime de exercícios domiciliares de acordo com o atestado médico em anexo.

Santa Maria, (dia) de (mês) de (ano).

(Nome Completo)

**Dados do/a Acadêmico/a**

Nome:

Matrícula:

E-mail:

Telefone:

Endereço: