**REQUERIMENTO – REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**

À Coordenação do Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente do Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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, \_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome Completo)

Acadêmico (a), acrescente as seguintes informações para contato:

E-mail:

Telefone Celular:

Endereço Residencial: