**REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES & ATIVIDADES COMPENSATÓRIAS**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aluno(a) do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo em vista o comprovante anexado ao presente, correspondente ao período de \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_ ] dia(s), solicito a competente autorização para concessão de:

**[ ] REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES** de acordo com:

**Decreto-lei nº 1.044/1969** (estudantes portadores das afecções caracterizadas por incapacidade física relativa; ocorrência isolada ou esporádica; duração do afastamento não ultrapasse o mínimo admissível para a continuidade do processo pedagógico de aprendizagem)

 **Lei nº 6.202/1975** (estudante em estado de gestação a partir do 8º mês e durante três meses)

**[ ] JUSTIFICATIVA DE FALTA,** paraconhecimento do(a) docente(casos que não admitem abono de faltas ou estudos domiciliares)

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINA:** | **DOCENTE:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**[ ] ATIVIDADE COMPENSATÓRIA** (casos que não admitem abono de faltas ou estudos domiciliares)

**PROVA/ATIVIDADE** perdida no período indicado acima**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINA:** | **DOCENTE:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**DECLARO estar ciente:**

* que no Regime de Exercícios Domiciliares como compensação da ausência às aulas será atribuído a mim o **CUMPRIMENTO DE PLANO DE ATIVIDADES** elaborado pelos(as) docentes responsável(is) pela(s) disciplina(s) e acompanhamento da Comissão de Graduação, bem como, que o mesmo não se aplica às disciplinas que possuem aulas práticas, e seminários e atividades relacionadas ao estágio curricular obrigatório.
* que nova prova/ avaliação será realizada presencialmente, em data acordada entre docente e aluno, até 10 (dez) dias uteis após recebido o requerimento pelo Docente.

\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do(a) aluno(a) ou do Representante

**Para uso do Serviço de Graduação**

O(A) estudante [ ] cumpriu / [ ] não cumpriu **o prazo** para apresentação do documento conforme disposto na **INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1/2020.**

\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura Serv. Graduação

Para afastamento médico superior a 15 (quinze) dias

**EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

O(a) aluno(a) em questão, foi por mim examinado(a), tendo sido constatada:

[ ] em exame físico

[ ] em atestado(s) médico anexo(s) (**CID**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

a impossibilidade de acompanhar as atividades escolares no período de

 \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura e carimbo do Médico da UBAS

|  |
| --- |
| **DELIBERAÇÃO COMISSÃO DE GRADUAÇÃO/ COMISSÃO COORDENADORA DE CURSO**A concessão do pedido está:[ ] AUTORIZADA [ ] NÃO AUTORIZADA Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ENCAMINHE-SE AOS DOCENTES RESPONSÁVEIS PELAS DISCIPLINAS MENCIONADAS PARA:**( ) CONHECIMENTO.( ) ELABORAÇÃO DE PLANO DE ATIVIDADES.( ) AGENDAMENTO DE NOVA PROVA/AVALIAÇÃO.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presidente CG / Coordenador da CoC |

Processado:

Aluno(a) *\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_*

*Retorno: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_*

*Docentes: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_*

 *Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*