

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DO CURSO DE FONOAUDIOLOGIA



**REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE REGIME**

**DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**

À Coordenação do Curso de Fonoaudiologia/CCS/UFPB

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) neste Curso de Fonoaudiologia/CCS/UFPB, sob matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer a concessão de regime de exercícios domiciliares nas disciplinas abaixo relacionadas, de acordo com a Resolução CONSEPE nº 29/2020, considerando-se o motivo assinalado e a documentação comprobatória em anexo:

|  |
| --- |
| MOTIVO |
| ( ) Discente gestante, durante 90 (noventa) dias, a partir do 8º mês de gestação, desde que comprovado por atestado médico;( ) Responsável legal adotante, durante 90 (noventa) dias, a partir da data da guarda, desde que comprovada por decisão judicial;( ) Discente mãe ou ao discente pai, desde que comprovado pela certidão de nascimento, por 90 (noventa) dias;( ) Discente portador de afecção congênitas ou adquiridas, infecção, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agudizados e que gerem incapacidade física comprovada por atestado médico;( ) Discente para acompanhar parente de 1º grau, em casos de doenças graves comprovadas por atestado médico. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DISCIPLINA(S) EM CURSO | CÓDIGO | PROFESSOR(A) | TURMA | HORÁRIO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nestes termos, peço deferimento.

João Pessoa/PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do(a) aluno(a)