

**ATIVIDADES COMPENSATÓRIAS**  
(casos que não admitem abono de faltas ou estudos domiciliares)

Eu \_\_\_\_\_ aluno(a) do curso de \_\_\_\_\_, nº USP \_\_\_\_\_, tendo em vista o comprovante anexado ao presente, correspondente ao período de [ \_\_\_\_ ] dia(s), de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, solicito a competente autorização para concessão de **ATIVIDADE(S) COMPENSATÓRIA(S)** referente(s) à PROVA(S)/ATIVIDADE(S) da(s) disciplina(s) abaixo, perdida(s) no período indicado acima:

SIGLA E NOME DA DISCIPLINA	TURMA	DOCENTE

**Motivo da solicitação (assinale conforme documento comprobatório que anexou):**

- por motivo de doença ou atendimento de emergência (até 15 dias);
- óbito do cônjuge ou parente de até primeiro grau (até 7 dias);
- serviço de júri;
- testemunha convocada para depor em processo judicial;
- alistamento eleitoral;
- doação voluntária de sangue;
- casamento do aluno(a);
- participação em certames (competições) e eventos científicos (até 3 dias).

**DECLARO estar ciente:**

- que as faltas serão atribuídas.
- que a concessão de atividades compensatórias não contemplam disciplinas com aulas práticas (laboratório), seminários e atividades relacionadas ao estágio curricular obrigatório ou atividades desenvolvidas integralmente em grupo.
- que nova prova/avaliação será realizada presencialmente, em data acordada entre docente e aluno, até 10 (dez) dias úteis após recebido o requerimento pelo Docente.

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

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