

REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES

Eu _____, nº USP _____, aluno(a) do curso de _____, tendo em vista o comprovante anexado ao presente, correspondente ao período de [____] dia(s), de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____, 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)
- ☐ Outras hipóteses legais (anexar documento legal comprobatório)

SIGLA E NOME DA DISCIPLINA	TURMA	DOCENTE

DECLARO estar ciente:

- que no Regime de Exercícios Domiciliares, para obter a compensação da ausência às aulas e a recuperação do aprendizado, deverei cumprir o **PLANO DE ATIVIDADES** elaborado pelo(a) docente responsável por cada disciplina acima especificada, e que o cumprimento do(s) plano(s) de atividades será acompanhado pela CoC do meu curso.
- que as atividades domiciliares não contemplam disciplinas com aulas práticas (laboratório), seminários e atividades relacionadas ao estágio curricular obrigatório ou atividades desenvolvidas integralmente em grupo.
- que os planos de atividades podem compreender provas, que devem ser realizadas presencialmente, em data acordada entre docente e aluno(a), **até 10 (dez) dias úteis após a data FINAL do afastamento**

____ / ____ / ____

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

Para afastamento médico superior a 15 (quinze) dias

EMIÇÃO 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(s) anexo(s)

(CID: _____)

a impossibilidade de acompanhar as atividades escolares no período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____.

____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a) da UBAS



EESC • USP

Escola de Engenharia de São Carlos
Assistência Técnica Acadêmica

DELIBERAÇÃO 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.

____/____/____

Coordenador(a) da CoC