**ATIVIDADES COMPENSATÓRIAS PARA PERÍODO DE AFASTAMENTO SUPERIOR A 15 DIAS**

**(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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DECLARO estar ciente de que:**

* as faltas serão atribuídas.
* 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.
* 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

**AVALIAÇÃO MÉDICA - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

O(a) aluno(a) foi por mim examinado(a), tendo sido constatada a impossibilidade de acompanhar as atividades escolares no período de \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_, conforme atestado(s) médico(s) anexo(s).

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

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

|  |
| --- |
| **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 |