**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);

[ ] alistamento eleitoral;

[ ] doação voluntária de sangue;

[ ] casamento do aluno(a);

[ ] participação em certames (competições) e eventos científicos (até 5 dias).

**DECLARO estar ciente de que:**

* as faltas referentes à ausência durante o período indicado serão atribuídas e de que poderei ser reprovado por frequência, caso não obtenha a frequência mínima de 70% em cada disciplina, conforme Artigo 84 do Regimento Geral da USP.
* 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