**REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**

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

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** (comprovadas pelo interessado, que deve indicar a lei ou decisão judicial em que se baseou e que prevê o direito de realizar o regime de exercício domiciliar.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SIGLA E NOME DA DISCIPLINA** | **TURMA** | **DOCENTE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DECLARO estar ciente de 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.
* as atividades domiciliares não contemplam disciplinas com aulas práticas (laboratório), seminários e atividades relacionadas ao estágio curricular obrigatório ou atividades desenvolvidas integralmente em grupo.
* 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

**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 |