**FORMULÁRIO: REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**

**(Res. 16/2015 – Título XIX – Capítulo I)**

Sr.(a) Coordenador(a) do Curso de Biotecnologia,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regulamente matriculado(a) no Curso de Biotecnologia, sob matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer a concessão de **Regime de Exercícios Domiciliares**, conforme motivo assinalado e documentação comprobatória em anexo, nas disciplinas abaixo relacionadas.

**MOTIVO:**

|  |
| --- |
| **( ) Aluna gestante durante 90 ( noventa dias a partir do 8º mês de gestação, desde que comprovado por atestado médico.** |
| **( )Aluna adotante, durante 90 ( noventa) dias, a partir da data da guarda, desde que comprovada por decisão judicial.** |
| **( ) Estudante portador de afecção que gera incapacidade física relativa, incompatível com a frequência aos trabalhos escolares, desde que se verifique a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos moldes.** |
| **( ) Participante de congresso científico de âmbito regional nacional e internacional, ou** |
| **( ) Participante de competições artísticas ou desportivas, de âmbito regional, nacional ou internacional, desde que registrados como participantes oficiais.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINA** | **PROFESSOR** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**João Pessoa,\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Assinatura do discente**