**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**COORDENAÇÃO DO CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**REQUERIMENTO PARA REPOSIÇÃO DE ATIVIDADE ACADÊMICA PROGRAMADA**

**(RESOLUÇÃO Nº 16/2015 – Art. 92)**

Sr.(a) Coordenador(a) do Curso de Ciências Sociais

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciênciais Sociais, sob nº. de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer a reposição da atividade avaliativa aplicada no dia \_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_, pelo professor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da qual me ausentei, devido à justificativa abaixo e conforme documento comprobatório em anexo.

Marque a justificativa, segundo o Art. 92 da Resolução 16/2015:

* Problema de saúde (atestado médico) ou impedimento de locomoção física que justifique a ausência;
* Doença de caráter infectocontagiosa, impeditiva do comparecimento, comprovada por atestado médico constando o Código Internacional de Doenças (CID);
* Ter sido vítima de ação involuntária provocada por terceiros;
* Manobras ou exercícios militares comprovados por documento da respectiva unidade militar;
* Luto, comprovado pelo respectivo atestado de óbito, de pais, avós, filhos, netos, irmãos, tios, cônjuge ou companheiro (a);
* Convocação, coincidente em horário, para depoimento judicial ou policial ou para eleições em entidades oficiais, devidamente comprovada por declaração da autoridade competente;
* Impedimentos gerados por atividades previstas e autorizadas pela Coordenação do respectivo curso ou instância hierárquica superior;
* Direitos outorgados por lei;
* Coincidência de horário com outra prova ou atividade didática desde que haja comprovação respectiva;
* Caso omisso. Justificativa do aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reservado ao professor da disciplina**: [ ] Concordo [ ] Discordo

Assinatura do Professor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) aluno(a) requerente

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**AUTORIZAÇÃO PARA REPOSIÇÃO DE ATIVIDADE ACADÊMICA (casos não omissos)**

O aluno (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ entregou documento comprobatório para reposição de atividade avaliativa, referente aos dias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Funcionário(a)