João Pessoa, 18 de março de 2019

**SOLICITAÇÃO DE REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**

**1 Identificação e Pedido**

**Discente: Matrícula:**

 

Requeiro a (o) Coordenador(a) do curso de Farmácia realização de exercícios domiciliares em virtude de:

****

O documento comprobatório e o atestado de matrícula encontram-se anexo e o período de afastamento será de  dias

**2 Dados do Discente**

Endereço do discente

****

**CEP** 

Telefone

E-mail

Discente