|  |
| --- |
| Descrição: LOGOMARCA CCS Nova imagem  UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  COORDENAÇÃO DO CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL  CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL |

REQUERIMENTO DE INSTAURAÇÃO DE REGIME DE EXÉRCICOS DOMICILIARES

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno do Curso de Graduação de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Saúde, inscrito na matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem mui respeitosamente solicitar a V.S.ª, nos termos da Resolução nº 29 de 2020 do CONSEPE, a sua inclusão no regime de exercício domiciliar na disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indicada no Atestado de Matrícula em anexo, ofertada no Período 2021.2, pelos motivos abaixo expostos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme documento em anexo.

Nestes Termos, pede-se deferimento.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Aluno (a)

|  |  |
| --- | --- |
| Telefone Fixo: |  |
| Celular: |  |
| E-mail: |  |