



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
Coordenação do Curso de Arquivologia

UFCA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CARIRI

SOLICITAÇÃO DE REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES

Nº DE MATRÍCULA	PERÍODO LETIVO	CURSO
NOME COMPLETO		
TELEFONE	E-MAIL	

DIVISÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA

Atesto que o(a) aluno(a) está impedido(a) de acompanhar as atividades letivas, no período de ___/___/___ a ___/___/___, conservadas as condições de aprendizagem, pelo motivo abaixo indicado:

DOENÇA	GESTAÇÃO
--------	----------

AUTENTICAÇÃO

DATA ___/___/___	_____ Diretor(a)/DMO
------------------	-------------------------

COORDENAÇÃO DO CURSO

DEFIRO	INDEFIRO
--------	----------

AUTENTICAÇÃO

DATA ___/___/___	_____ Assinatura do(a) Coordenador(a)
------------------	--

DATA: ___/___/___

ASSINATURA DO(A) DISCENTE