
	UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI INSTITUTO DE FORMAÇÃO DE EDUCADORES Coordenação do Curso de Pedagogia	 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 Coordenador(a)	

DATA: ____ / ____ / ____

 ASSINATURA DO DISCENTE

 ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)

Contatos pedagogia.ife@ufca.edu.br
 3221-9591