

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI INSTITUTO DE FORMAÇÃO DE EDUCADORES Coordenação do Curso Licenciatura Interdisciplinar em Ciências Naturais e Matemática	
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)