

FORMULÁRIO ESPECÍFICO DE REQUERIMENTO

Em cumprimento às normas contidas na deliberação CG de 16 de agosto de 2023, devido a:

- Comprometimento de saúde** **Gestação** **Outro**

Eu, _____, estudante regularmente matriculado no curso de _____, Nº USP _____, tendo em vista o comprometimento do meu estado de saúde, de acordo com o laudo médico (emitido pelo UBAS) em anexo, ou outra situação explicitada abaixo, solicito a competente autorização para realizar:

Abono de faltas - nos estritos casos legais de acordo com a instrução normativa da CG-IQSC de 16 de agosto de 2023.

Regime de Recuperação do Aprendizado - realizado posteriormente ao período de impedimento, a critério do docente de acordo com o DECRETO-LEI Nº 1.044, DE 21 DE OUTUBRO DE 1969.

Regime de Exercícios Domiciliares - Somente para disciplinas teórico-expositivas, de acordo com decisão da CG, até 90 dias para a estudante gestante em condições normais.

Correspondente ao período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ - [____] dia(s).

O PRAZO MÁXIMO DE **CINCO DIAS ÚTEIS** (contados a partir do início do comprometimento de saúde) PARA COMUNICAÇÃO DA OCORRÊNCIA:

- Foi cumprido.**
 Não foi cumprido. Cabe apreciação do pedido pela CG/CoC, a considerar a justificativa apresentada abaixo:

DISCIPLINAS comprometidas pela ausência

DOCENTES

Declaro que estou ciente de que deverei entrar em contato com o Serviço Médico do Campus (UBAS) para obtenção do laudo médico e/ou validação do meu atestado médico e com os docentes responsáveis pelas disciplinas relacionadas acima, para entendimentos quanto ao regime em questão, salvo decisão contrária, da qual eu serei informado(a) o mais brevemente possível.

____ / ____ / ____

Assinatura do(a) aluno(a) ou do Representante

SOLICITAÇÃO DE EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO

Eu, _____, Nº USP _____, tendo faltado às aulas no período de ____/____/____ a ____/____/____ venho solicitar emissão de laudo médico.

____/____/____

Recebido na **UBAS** por _____, em ____/____/____

LAUDO MÉDICO

O(a) estudante em questão, foi por mim examinado(a), tendo sido constatada:

- em exame físico
- em atestado(s) médico(s) apresentado(s)
 - Documento(s) original(ais) devolvido(s) ao estudante

a impossibilidade de acompanhar as atividades escolares no período de ____/____/____ a ____/____/____.

____/____/____

Assinatura e carimbo do Médico da UBAS

ENCAMINHE-SE AOS DOCENTES RESPONSÁVEIS PELAS DISCIPLINAS MENCIONADAS

Cópia deste requerimento, para conhecimento e entendimentos diretamente com o(a) aluno(a), já orientado(a) a estabelecer tal contato. As dúvidas poderão ser esclarecidas junto ao Serviço de Graduação do IQSC.

____/____/____

Presidente CG / Coordenador da CoC

Processado:

Aluno(a): ____/____/____

Retorno: ____/____/____

Docentes: ____/____/____