**REQUERIMENTO EXERCÍCIO DOMICILIAR**

|  |
| --- |
| **Orientações ao aluno(a):**   1. Preencha este formulário. 2. Anexe o(s) documento(s) comprobatório(s). Os pedidos que não estiverem compreendidos entre as hipóteses legais de abono de falta ou não contarem com os documentos necessários serão indeferidos. 3. Entregue este formulário juntamente com o formulário de requerimento para o REGISTRO ACADÊMICO. 4. O pedido será analisado e, se aceito, será comunicado aos professores os dias que foram abonados. |

Eu,       , aluno(a) regularmente matriculado(a) no       período do curso       , ano de ingresso       , matrícula n°      , do IF Sudeste MG Campus Avançado Bom Sucesso, venho solicitar exercício domiciliar no período de      /     /      a      /     /      pelo motivo marcado abaixo, em relação ao qual anexo documentos comprobatórios.

Portador de afecções congênitas ou adquiridas, infecções, traumatismo ou outras condições mórbitas, determinando distúrbios agudos ou agudizados, caracterizado por: incapacibilidade física, ocorrência isolada e esporádica, síndromes hemorrágicos (tais como a hemofilia), asma, cartide, pericardites, afecções osteoarticulares submetidas a correções ortopédicas, nefropatias agudas ou subagudas, afecções reumáticas, etc (Decreto- lei nº 1.044/69.)

Gravidez a partir do 8º (oitavo) mês de gestação e durante 3 (três) meses. (Lei nº 6.202/75)

Documentos anexados:

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

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

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

Bom Sucesso, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do(a) aluno(a)