

FORMULÁRIO DE REGIME ESPECIAL DE ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DOMICILIARES (APDs)

(PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL)

lato sensu

stricto sensu

INFORMAÇÕES DO PROGRAMA E DO(A) ALUNO(A)			
CURSO			CAMPUS
NOME COMPLETO DO (A) ALUNO(A)			MATRÍCULA
TELEFONE RESIDENCIAL ()	CELULAR ()	E-MAIL	

SOLICITAÇÃO			
() REGIME ESPECIAL DE APDs - PERÍODO _____ / ____ / ____ A _____ / ____ / ____ (ANEXAR LAUDO MÉDICO)			
PROFESSOR	DISCIPLINA	CIÊNCIA DO PROFESSOR	DATA

_____ Data de abertura do requerimento
 _____ assinatura do(a) aluno(a)
 _____ assinatura do(a) servidor(a)

PARECER DO COLEGIADO:	
ASSINATURA DA COORDENAÇÃO:	DATA:

CIENTE EM: _____ ASSINATURA DO ALUNO: _____