

FORMULÁRIO DE ABONO DE FALTA / REPOSIÇÃO DE PROVA

(PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL)

lato sensu

stricto sensu

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

SOLICITAÇÃO
() ABONO DE FALTA - PERÍODO ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ (ANEXAR ATESTADO MÉDICO OU COMPROVANTE)
() RESPOSIÇÃO PROVA – PERÍODO ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ (ANEXAR ATESTADO MÉDICO OU COMPROVANTE)

PROFESSOR	DISCIPLINA	CIÊNCIA DO PROFESSOR	DATA

____ / ____ / ____
Data de abertura do requerimento

assinatura do(a) aluno(a)

assinatura do(a) servidor(a)

Este formulário deve ser devolvido no prazo máximo de 15 dias a contar da data de sua retirada da Secretaria. Procedimentos a serem realizados pelo discente:

- 1) Validar o atestado ou laudo médico (original) no Serviço Médico do campus Nilópolis.
- 2) Preencher o formulário, recolhendo, inclusive a assinatura do professor responsável.
- 3) Anexar ao formulário a cópia do atestado e entregá-los à secretaria (prazo máximo de 15 dias).

RETIRADO EM: ____ / ____ / ____

SERVIDOR: _____

FORMULÁRIO DE ABONO DE FALTA / REPOSIÇÃO DE PROVA

(PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL)

lato sensu

stricto sensu

PARECER DO COLEGIADO (QUANDO NECESSÁRIO):	
ASSINATURA DA COORDENAÇÃO:	DATA:

CIENTE EM: _____ ASSINATURA DO ALUNO: _____