

## 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: \_\_\_\_\_