|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO PROGRAMA E DO(A) ALUNO(A)** | | | |
| **CURSO** | | | **CAMPUS** |
| **NOME COMPLETO DO (A) ALUNO(A)** | | | **MATRÍCULA** |
| **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:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIENTE EM:** |  | **ASSINATURA DO ALUNO:** |