Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação e da Cultura - SEEC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE -UERN
Pró-Reitoria de Ensino de Graduação - PROEG
Diretoria de Registro e Controle Acadêmico - DIRCA
Campus Universitário BR 110-Km46 - Rua Prof. Antonio Campos, s/n - Bairro Costa e Silva - CEP: 59633-010-Mossoró/RN - Fone: (84) 3315-2168 - Fax: (84) 3315-2167
Home page: www.uern.br - E-mail: dirca@uern.br
CNPJ: 08.258.295/0001-02

REQUERIMENTO DE REGIME DO EXERCÍCIO DOMICILIAR

Sr(a): _____

Chefe do Departamento: _____

Faculdade/Campus: _____

Aluno(a):	Matrícula:

E-mail:	Telefone Fixo:	Telefone Móvel:

Curso:	Período:	Semestre em curso:

Turno:	Campus ou Núcleo:

Que este subscreve, requer **gozo do regime de exercício domiciliar como compensação as aulas**, com amparo Legal no Regulamento de Cursos de Graduação (Arts. 142 a 148), pelo motivo a seguir delineado:

[ ] Aluna gestante
[ ] Aluna adotante
[ ] Aluno(a) portador(a) de afecções definidas em lei
[ ] Aluno(a) participante de congresso científico
[ ] Aluno(a) participante de competições artísticas ou desportivas

Anexo ao pedido o documento comprobatório do motivo:

[ ] Atestado Médico (licença gestante)
[ ] Laudo Médico (tratamento de saúde)
[ ] Decisão judicial de adotante
[ ] Comprovante de inscrição em congresso científico
[ ] Comprovante de inscrição em competição artística ou desportiva

*"Declaro estar ciente de que na minha ausência devo ser representado(a) por procurador legalmente instituído e receber do Departamento Acadêmico o **programa de estudo especial**, respeitando o prazo determinado pela norma."*

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

_____ _____
Assinatura do Requerente **Assinatura e matrícula do(a) Servidor(a)**

.....

Regime do Exercício Domiciliar

Faculdade/Campus/Núcleo: _____

Data: _____/_____/_____ _____

Assinatura e matrícula do(a) Servidor (a)