



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação, da Cultura e dos Desportos – SECD
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
Pró-Reitoria de Ensino de Graduação – PROEG
Diretoria de Registro e Controle Acadêmico - DIRCA
Fone: (84) 3315.2167, Fax: (84) 3315.2162, e-mail: dare@uern.br



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. 152 a 158), pelo motivo a seguir delineado:

- ☐ Aluna gestante ☐ Aluno/pai, licença paternidade
☐ Aluno(a) 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 ☐ Certidão de nascimento
☐ 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(a) Aluno(a)

Assinatura e matrícula do(a) Servidor(a)



Regime do Exercício Domiciliar

Faculdade/Campus/Núcleo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e matrícula do(a) Servidor (a)