FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Pedido de concessão de exercícios domiciliares

_____
Nome do aluno

_____ /_____/_____@usp.br
Nº USP Curso Email

_____
Nome da disciplina

_____
Nome do docente

Motivo do afastamento

( ) Portadores de afecções congênitas ou adquiridas, infecções, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agudizados, documentados por atestado médico, caracterizados por incapacidade física relativa ou ocorrência isolada ou esporádica;

( ) Maternidade: a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, ou após o nascimento do bebê, e terá duração de até 6 (seis) meses;

( ) Paternidade e adoção: devidamente documentado, o estudante de graduação poderá requerer o regime de exercícios domiciliares;

( ) Liberdade de consciência e guarda religiosa: é assegurado no exercício da liberdade de consciência e de crença, mediante prévio requerimento, ausentar-se de prova ou de aula no dia em que, segundo os preceitos de sua religião, seja vedado o exercício de tais atividades;

Justificativa:_____
_____
_____
_____
_____.

_____/_____/_____ _____
Data Assinatura

PARECER DO DOCENTE

[ ] Estabeleço a realização de exercícios domiciliares, conforme entendimento com o interessado.

[ ]. Estabeleço atividades de recuperação do aprendizado da disciplina no período de _____
_____

[ ] Não há condições de recuperar as atividades perdidas pelas seguintes razões:
_____
_____
_____
_____

SP, _____/_____/_____ _____
Assinatura do docente