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;

( ) Ocorrência isolada ou esporádica:

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 pelos seguintes motivos:_____

SP,_____/_____/_____ _____

data Assinatura do docente

SERVIÇO DE ALUNOS DE GRADUAÇÃO - SEÇÃO DE ALUNOS - LETRAS
Av. Prof. Luciano Gualberto, 403 - sala 207 | Prédio de Letras| Cidade Universitária | São Paulo -SP
CEP 05508-080 Tel: (11) 3091.3747 | www.fflch.usp.br