COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO - UFMA

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES

Pinheiro, Maranhão, / / Senhor(a) Coordenador(a) do curso de Enfermagem, do Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão, Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_, discente do curso de Enfermagem, sob nº de matrícula , venho requerer a instauração do Regime de Exercícios Domiciliares, conforme Art. 154 da Resolução CONSEPE nº 1892/2019, por um dos motivos abaixo assinalado:

( ) à estudante gestante, a partir do 8º mês de gestação e durante 03 (três) meses, podendo ser aumentado o prazo por necessidade apontada em atestado médico, nos termos da Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975, e do Decreto-Lei nº 1044, 21 de outubro de 1969;

( ) à estudante adotante, durante 03 (três) meses, a partir da data da guarda, desde que comprovada por decisão judicial;

( ) ao estudante portador de afecção que gera incapacidade física relativa, incompatível com a frequência aos trabalhos acadêmicos, desde que se verifique a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade acadêmica em novos moldes, conforme legislação vigente;

( ) aos que apresentarão trabalho em congresso científico, de âmbito regional, nacional e internacional, ou participantes de competições artísticas ou desportivas, de âmbito regional, nacional e internacional, desde que registrados como participantes oficiais;

( ) aos que exercem representação estudantil em instituições oficiais nacionais ou internacionais, desde que registrados como participantes oficiais.

Na(s) seguinte(s) disciplina(s):

| **CÓDIGO DA DISCIPLINA** | **NOME DA DISCIPLINA** | **PERÍODO DA DISCIPLINA** | **DOCENTE****RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Anexo a este requerimento o(s) seguinte(s) documento(s):

( ) Atestado médico (para o caso de afecções, infecções, traumatismo ou outras condições);

( ) Outro(s) documento(s).

Nestes termos, peço deferimento.



Assinatura do discente

Contato: ( ) *E-mail*:

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, NATURAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA - UFMA

| **DESPACHO DA COORDENAÇÃO** |
| --- |
|  |