



FORMULÁRIO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Aluno (a): _____

Curso: _____

Modalidade: () Integrado Ano: _____

() Concomitante/Subsequente Módulo: _____

Data de emissão do atestado: ____/____/____

Data de entrega: ____/____/____

Obs.: O Atestado deve ser protocolado e direcionado à Coordenadoria de Registros Escolares, no prazo de até 3 dias úteis após o período de afastamento, para arquivamento na pasta individual do aluno.

JUSTIFICATIVA

(Em caso de entrega de atestado médico atrasado)

COMPROVANTE DE ENTREGA DO ATESTADO MÉDICO

Protocolo nº: _____

Recebido por: _____

Data: ____/____/____