

REQUERIMENTO - TRATAMENTO EXCEPCIONAL

NOME: _____

CURSO: _____ PERÍODO: _____

TLEFONE: _____ .E-MAIL: _____

Justificativa:
Período de tratamento excepcional:
De ____/____/____ a ____/____/____
Documentos anexos:

Salinas, ____ de ____ de ____

Assinatura do Aluno

O regime de tratamento excepcional será concedido aos discentes que se enquadrarem nas determinações do Decreto-Lei n.º 1.044/69 (doenças infecto contagiosas e traumatismo), Lei nº 6.202/75 (aluna gestante) e Lei n.º 10.421/02 (aluna mãe adotiva).

PARECER	
() DEFERIDO	() INDEFERIDO
Justificativa:	
Salinas, ____ de ____ de ____.	_____ Assinatura do Responsável