



SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADES DOMICILIARES

Discente:

RGM:

Programa:

Turma:

Unidade:

Requer:

Atendimento conforme especificação abaixo por

dias, contados a partir de

, de acordo com comprovante anexo:

- Atividades Domiciliares – Gestante (atestado médico) – Lei n.º 6.202/75
- Atividades Domiciliares (atestado médico) – Decreto-Lei n.º 1.044/69

Data:

Assinatura do Aluno

Data: ____/____/____

Assinatura do Orientado

Colegiado do Programa:

() Indeferido

Atendimento não concedido por

() Deferido

Atendimento concedido por estar em conformidade com as legislações acadêmicas vigentes.

Data: ____/____/____

Assinatura do Presidente do Colegiado
Sob Carimbo



Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
PROPPi - Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
Diretoria de Registro Acadêmico
Setor de Pós-Graduação



Protocolo de recebimento (entregar ao aluno)
SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADES DOMICILIARES

Discente:

RGM:

Programa:

Turma:

Unidade:

Recebido em: ____/____/____

Assinatura do responsável pelo recebimento
Sob carimbo

Obs.: Este protocolo deverá ser entregue nos casos em que o documento não seja enviado por e-mail ou outra forma digital.