

REQUERIMENTO DE REGIME DE EXERCÍCIO DOMICILIAR

Nome: _____

Matriculado(a) sob o número: _____ Curso/ Programa: ☐ Especialização ☐ Mestrado

Início do Curso: (mês/ano) ____/____/____ ☐ MBA ☐ Doutorado

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____

Dados do Representante Legal

Nome: _____

Endereço: _____ n.º: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____

Justificativa do Pedido (Anexar atestado médico original ou cópia autenticada) .

Período de Afastamento: Data de início: ____/____/____ Data de término: ____/____/____

Declaro que tomei ciência e estou de acordo com o Regulamento para Regime de Exercício Domiciliar nos Cursos/Programas de Pós-Graduação da UMESP.

Termos em que P. Deferimento São Bernardo do Campo - SP, ____ de ____ de ____

As solicitações fora de prazo não terão validade.

Assinatura do(a) Aluno(a)/Representante Legal

Parecer da Coordenação de Processos Acadêmicos de Pós-Graduação/Secretaria de Pós-Graduação

O(a) aluno(a) está regularmente matriculado: ☐ Sim ☐ Não

Disciplinas/ Módulos com Regime de Exercício Domiciliar	Professor(a)	Carga-Horária da Disciplina	Data(s) do Exercício Domiciliar

Data: ____/____/____

Assinatura da Coordenação de Processos Acadêmicos de Pós-Graduação/Secretaria de Pós-Graduação

 Protocolo

Nome do(a) Aluno(a): _____

Número da Matrícula do(a) Aluno(a): _____ Curso/Programa: _____

Para o Dia: ____/____/____

Assunto: Regime de Exercício Domiciliar

Funcionário: _____

Parecer da Coordenação do Curso/Programa

Pedido : ☐ Deferido ☐ Indeferido

Motivo de indeferimento: _____

Data: ____/____/____

Assinatura da Coordenação do Curso/Programa

Termo de Ciência do Parecer da Coordenação

Declaro que tomei ciência do parecer da Coordenação do Curso/Programa.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Aluno(a)/Representante Legal

Parecer dos Professores (No caso de realização de provas)

Data de solicitação de agendamento das provas: ____/____/____ (solicitada via requerimento)

Professor	Disciplina	Conceito/Nota

Parecer do Comitê de Educação Continuada/Comitê de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Casos Excepcionais)

Data: ____/____/____

Assinatura do Presidente do Comitê

Parecer Final dos Professores

Professor	Disciplina	Resultado da avaliação da disciplina/módulo

REQUERIMENTO DE REGIME DE EXERCÍCIO DOMICILIAR

Nome: _____

Matriculado(a) sob o número: _____ Curso/ Programa: ☐ Especialização ☐ Mestrado

Início do Curso: (mês/ano) ____/____/____ ☐ MBA ☐ Doutorado

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____

Dados do Representante Legal

Nome: _____

Endereço: _____ n.º: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____

Justificativa do Pedido (Anexar atestado médico original ou cópia autenticada) .

Período de Afastamento: Data de início: ____/____/____ Data de término: ____/____/____

Declaro que tomei ciência e estou de acordo com o Regulamento para Regime de Exercício Domiciliar nos Cursos/Programas de Pós-Graduação da UMEP.

Termos em que P. Deferimento São Bernardo do Campo - SP, ____ de ____ de ____

As solicitações fora de prazo não terão validade.

Assinatura do(a) Aluno(a)/Representante Legal

Parecer da Coordenação de Processos Acadêmicos de Pós-Graduação/Secretaria de Pós-Graduação

O(a) aluno(a) está regularmente matriculado: ☐ Sim ☐ Não

Disciplinas/ Módulos com Regime de Exercício Domiciliar	Professor(a)	Carga-Horária da Disciplina	Data(s) do Exercício Domiciliar

Data: ____/____/____

Assinatura da Coordenação de Processos Acadêmicos de Pós-Graduação/Secretaria de Pós-Graduação

 Protocolo

Nome do(a) Aluno(a): _____

Número da Matrícula do(a) Aluno(a): _____ Curso/Programa: _____

Para o Dia: ____/____/____

Assunto: Regime de Exercício Domiciliar

Funcionário: _____

Parecer da Coordenação do Curso/Programa

Pedido : ☐ Deferido ☐ Indeferido

Motivo de indeferimento: _____

Data: ____/____/____

Assinatura da Coordenação do Curso/Programa

Termo de Ciência do Parecer da Coordenação

Declaro que tomei ciência do parecer da Coordenação do Curso/Programa.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Aluno(a)/Representante Legal

Parecer dos Professores (No caso de realização de provas)

Data de solicitação de agendamento das provas: ____/____/____ (solicitada via requerimento)

Professor	Disciplina	Conceito/Nota

Parecer do Comitê de Educação Continuada/Comitê de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Casos Excepcionais)

Data: ____/____/____

Assinatura do Presidente do Comitê

Parecer Final dos Professores

Professor	Disciplina	Resultado da avaliação da disciplina/módulo

REQUERIMENTO DE REGIME DE EXERCÍCIO DOMICILIAR

Nome: _____

Matriculado(a) sob o número: _____ Curso/ Programa: ☐ Especialização ☐ Mestrado

Início do Curso: (mês/ano) ____/____ ☐ MBA ☐ Doutorado

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____

Dados do Representante Legal

Nome: _____

Endereço: _____ n.º: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____

Justificativa do Pedido (Anexar atestado médico original ou cópia autenticada) .

Período de Afastamento: Data de início: ____/____/____ Data de término: ____/____/____

Declaro que tomei ciência e estou de acordo com o Regulamento para Regime de Exercício Domiciliar nos Cursos/Programas de Pós-Graduação da UMEP.

Termos em que P. Deferimento São Bernardo do Campo - SP, ____ de ____ de ____

As solicitações fora de prazo não terão validade.

Assinatura do(a) Aluno(a)/Representante Legal

Parecer da Coordenação de Processos Acadêmicos de Pós-Graduação/Secretaria de Pós-Graduação

O(a) aluno(a) está regularmente matriculado: ☐ Sim ☐ Não

Disciplinas/ Módulos com Regime de Exercício Domiciliar	Professor(a)	Carga-Horária da Disciplina	Data(s) do Exercício Domiciliar

Data: ____/____/____

Assinatura da Coordenação de Processos Acadêmicos de Pós-Graduação/Secretaria de Pós-Graduação

 Protocolo

Nome do(a) Aluno(a): _____

Número da Matrícula do(a) Aluno(a): _____ Curso/Programa: _____

Para o Dia: ____/____/____

Assunto: Regime de Exercício Domiciliar

Funcionário: _____