

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA OU DE REGIME ESPECIAL

I. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome:	
Matrícula:	Curso:
Telefone:	E-mail:

Senhor(a) Coordenador(a), venho por meio deste solicitar:

<input type="checkbox"/> Trancamento Total de matrícula por:	<input type="checkbox"/> Regime Especial por:
<input type="checkbox"/> 1. Doença	<input type="checkbox"/> 1. Doença
<input type="checkbox"/> 2. Gestação (a partir da 32ª semana)	<input type="checkbox"/> 2. Gestação (a partir da 32ª semana)

Trancamento Total: o semestre letivo é interrompido e todos os componentes curriculares são trancados.

Regime Especial: o semestre não é interrompido e cabe ao professor designar exercícios domiciliares, durante o período em Regime Especial, em compensação das ausências às aulas.

A presente solicitação só terá validade para o semestre vigente.

Atesto que esse Regime Especial é referente ao período de:

Semestre: _____

____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) discente

II. REQUERIMENTO (Preenchido pelo(a) discente):

II.I COORDENAÇÃO DO CURSO

Atesto, para os devidos fins, ciência na solicitação do discente e que, em caso de REGIME ESPECIAL, há viabilidade acadêmica para acompanhar as atividades curriculares teóricas e/ou práticas em domicílio pelo período solicitado.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) coordenador(a) do curso

OBSERVAÇÕES: (descrever situações atípicas, não normatizadas, importantes para a avaliação da modalidade)

II.II CEMUFC – PÓS AVALIAÇÃO PERICIAL

<input type="checkbox"/> REGIME ESPECIAL.	Período: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> TRANCAMENTO.	Semestre: _____
<input type="checkbox"/> INDEFERIMENTO.MOTIVO:	_____

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Médico Perito