



## REQUERIMENTO DE REGIME ESPECIAL DE EXERCÍCIO DOMICILIAR

### Dados do interessado:

Nome:	
GRR:	Telefone: ( )
E-mail:	

### Dados do representante, se houver:

Nome:	
CPF:	Telefone: ( )
E-mail:	

Turma	Código e nome da disciplina	Docente

Eu ou meu representante legal, venho solicitar o **REGIME ESPECIAL DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**, pelo período abaixo indicado, conforme o artigo 85 da resolução nº 37/97 – CEPE/UFPR. Solicito do(s) Professor(es) Responsável(is) pela(s) disciplina(s) que estou matriculada, encaminhar o material da disciplina enquanto estiver ausente do curso.

Período		
	1ª Solicitação	Prorrogação
Gestantes (Lei nº 6202/75)	90 dias	Prazo informado no atestado médico
Estudantes amparados pelo Decreto-Lei nº 1044/69	Prazo informado no atestado médico	Prazo informado no atestado médico

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) solicitante