

DE (nome do interessado ou representante):	
PARA (órgão ou autoridade administrativa a que se dirige):	
CURSO:	Nº DE MATRÍCULA (DRE):
ENDEREÇO (logradouro + número):	
CIDADE:	UF:
	CEP:
TEL:	E-MAIL:

Venho, respeitosamente, requerer a V. Senhoria o item relacionado abaixo:

<input type="radio"/> CORREÇÃO DE HISTÓRICO ESCOLAR <small>(Boletim Escolar + Form. de Homologação – Exclusão – Substituição)</small>	<input type="radio"/> MATRÍCULA POR TRANSFERÊNCIA EX-OFFICIO <small>(Form de Reg de Matrícula + Docs Res. CEG 01/17)</small>
<input type="radio"/> DISPENSA / EQUIVALÊNCIA DE DISCIPLINAS <small>(Form. de Dispensa/Equivalência + Histórico Escolar + Prog. das Disciplinas)</small>	<input type="radio"/> INSCRIÇÃO EM DISCIPLINAS ISOLADAS <small>(Prova de matríc e doc. de aceite dos cred. ou cert. concl de curso + Histórico)</small>
<input type="radio"/> REQUERIMENTO DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES <small>(Form. Ex. Domic. + CRID + Atestado de Licença Médica)</small>	<input type="radio"/> RECURSO: REVISÃO DE PROVA <small>(Form. de Revisão de Prova + Cópia da avaliação, se possível)</small>
<input type="radio"/> REGULARIZAÇÃO DE MATRÍCULA : INTERCÂMBIO <small>(Form. de Intercâmbio + Carta de Aceite da Instituição de Destino)</small>	<input type="radio"/> TRANCAMENTO DE MATRÍCULA EXCEPCIONAL <small>(Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.)</small>
<input type="radio"/> TRANCAMENTO DE MATRÍCULA <small>(Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.)</small>	<input type="radio"/> TRANCAMENTO DE MATRÍCULA FORA DO PRAZO <small>(Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.)</small>
<input type="radio"/> REABERTURA DE MATRÍCULA <small>(Boletim Escolar + Form. de reabertura)</small>	<input type="radio"/> REABERTURA DE MATRÍCULA FORA DO PRAZO <small>(Boletim Escolar + Form. de reabertura + Documentos Comprobatórios)</small>
<input type="radio"/> DESCANCELAMENTO DE MATRÍCULA <small>(Boletim Escolar + Form. de reabertura + Documentos Comprobatórios)</small>	<input type="radio"/> CANCELAMENTO DE MATRÍCULA <small>(Boletim Escolar + Form. de cancelamento + Nada consta Bibl.)</small>
<input type="radio"/> OUTROS (especificar)	

JUSTIFICATIVA

Declaro ainda, estar CIENTE de que todas as notificações referentes a este requerimento ocorrerão através de comunicação oficial via SEI, comprometendo-me a manter o e-mail cadastrado no SIGA ATUALIZADO. Não obstante, estou informado de que posso acompanhar o andamento do mesmo em <https://sei.ufrj.br/pesquisa> .

<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 20px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 20px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Assinatura do requerente ou de seu representante</p>
--



REQUERIMENTO DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES

UNIDADE: CAMPUS UFRJ-MACAÉ PROF. ALOÍSIO TEIXEIRA	ANO:					SEMESTRE: 1º () 2º ()
NOME:	DRE:					

CURSO:	CrO (CRÉDITOS OBTIDOS):	CR (COEF. DE RENDIMENTO):
---------------	--------------------------------	----------------------------------

TEL:	E-MAIL:
-------------	----------------

INSTRUÇÕES:

- As situações em que a falta às aulas podem ser preenchidas por exercícios domiciliares são regulamentadas pelo Decreto-Lei 1.044, de 21 de outubro de 1969. **Estudantes grávidas** são amparadas pela Lei nº 6.202/1975, a qual dispõe que a partir do oitavo mês de gestação, e durante três meses, a estudante ficará assistida pelo regime domiciliar.

- Res. CEG 15/71: **Art.10º** A aprovação do aluno será representada por nota final igual ou superior a 5,0 e frequência igual ou superior a 75% do tempo de ensino da disciplina.

§2º Em caso de doença comprovada que impeça o comparecimento do aluno, a frequência poderá ser parcialmente suplementada pela execução de trabalhos sistemáticos estabelecidos pelo departamento.

- É necessário apresentação de documentos comprobatórios (**laudo médico** com indicação do período previsto e outros) para avaliação da instituição. A aplicação será considerada, institucionalmente, caso a caso.

DISCIPLINAS PARA AS QUAIS SE REQUER REGIME DOMICILIAR

CÓDIGO DA DISCIPLINA	NOME DA DISCIPLINA:	DOCENTE RESPONSÁVEL

EXPOSIÇÃO DOS FATOS E DE SEUS FUNDAMENTOS:

Declaro estar ciente de que devo entrar em contato com os professores das disciplinas citadas, informar-me dos conteúdos, bem como acompanhar os exercícios domiciliares e avaliações.

Macaé, ____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno