|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *UNIOESTE* | Universidade Estadual do Oeste do Paraná*Campus* de Marechal Cândido Rondon**REQUERIMENTO** |  |

Senhor(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação:

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Mestrado ( ) Doutorado, ciente do Regulamento do Programa, venho REQUERER a Vossa Senhoria:

**1 – Atendimento domiciliar:**

|  |
| --- |
| **Resolução nº 146/2023 – CEPE. Art. 51. § 1°** Licença maternidade ou problema grave de saúde, durante o período de realização de atividades ou disciplina, é possibilitado, **como compensação de ausência**, atendimento excepcional ao discente por meio de atribuição de exercícios domiciliares:**( ) Licença maternidade** **( ) Problema de saúde** OBS:Anexar atestado médico. Relacionar a(s) disciplina(s) para atendimento domiciliar: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Marechal Cândido Rondon, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do Orientador | Assinatura do Aluno |

|  |
| --- |
| Parecer do Colegiado do Programa de Pós-Graduação: ( ) Deferido ( ) IndeferidoAta nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e Carimbo do Coordenador |