

**EXERCÍCIOS DOMICILIARES****Universidade de Brasília**
Secretaria de Administração Acadêmica**1 - Identificação do aluno**

Nome

Matrícula

Curso

2 - Identificação da disciplina

Denominação

Código

Turma

3 - Solicitação

Solicito a esta Universidade de Brasília exercícios domiciliares na disciplina indicada, no período letivo ____/____/____

____/____/____
data_____
assinatura do aluno**4 - Laudo Médico**

Atesto que examinei o(a) aluno(a) e/ou comprovantes de estado de saúde, estando o(a) mesmo(a) incluído(a) nas condições estabelecidas no(a):

Lei nº 6.202/75 - Gestante

Decreto-Lei nº 1.044/69 - Afecções

Número do CID _____

Completo o 8º mês em ____/____/____

Período de Afastamento ____/____/____ a ____/____/____

Autenticação____/____/____
data_____
Assinatura do Médico - Carimbo (CRM)**5 - Informação / Declaração - Secretaria do Departamento**

- A disciplina não admite aplicação de exercícios domiciliares
- A aplicação dos exercícios estará sob a responsabilidade do Professor _____

____/____/____
data_____
Secretário do Departamento**6 - Solicitação Opcional de TJ**

Solicito trancamento parcial de matrícula justificado na disciplina acima identificada, tendo em vista a não aplicação de exercícios domiciliares.

____/____/____
data_____
assinatura do aluno**Codificação**____/____/____
data_____
assinatura / carimbo**7 - Aplicação**

- Foram aplicados. A menção será informada na lista de menções finais
- Não foram aplicados em virtude de: _____

____/____/____
data_____
assinatura/carimbo do professor**Autenticação**____/____/____
data_____
assinatura/carimbo**8 - Recibo**

Recebi do(a) aluno(a) _____ matrícula nº _____

- a solicitação de exercícios domiciliares
- a solicitação de TJ, na disciplina _____

____/____/____
data_____
Secretário da Unidade Acadêmica