



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Escola Superior de Ciências da Saúde

Reconhecimento do Curso pela Portaria SEEDF nº 417, de 20/12/2018 (publicado no DODF nº 243, de 24/12/2018)

REQUERIMENTO REPOSIÇÃO DE ATIVIDADES ACADÊMICAS

Senhor(a) Coordenador(a),

Eu, _____

matrícula nº _____, da _____ série, telefone de contato: _____

venho respeitosamente, por meio desta, requerer a **reposição de atividades educacionais, conforme abaixo:**

Tipo de afastamento:

- () Motivo de Saúde () Falecimento de pais, cônjuges, filhos, irmãos e avós
() Licença paternidade () Licença gala
() Comparecimento obrigatório perante o poder judiciário e convocação eleitoral

Período: ____/____/____ a ____/____/____

Módulo do período: _____

Grupo DT e HPE: _____

Tutor(a) da DT e HPE: _____

Estou ciente que:

- ✓ No prazo de 03 (três) dias úteis após o término do período de afastamento, devo procurar o coordenador de série para confirmar as atividades perdidas, e pactuar o cronograma de reposição;
- ✓ Conheço o inteiro teor da Resolução nº 005/2019 – CoCG/ESCS - do Colegiado de Cursos de Graduação/ESCS, a qual regulamenta os afastamentos das atividades educacionais previstos em lei, os afastamentos e a reposição das atividades educacionais dos estudantes nos Cursos de Graduação da ESCS.

Brasília/DF, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Estudante

Anexos:

() Atestado(s) Médico(s) () Relatório(s) Médico(s)

() Outros: _____