



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Escola Superior de Ciências da Saúde
Coordenação do Curso de Medicina
Secretaria do Curso de Medicina
Reconhecimento do Curso pela Portaria SEEDF nº 417, de 20/12/2018
(publicado no DODF nº 243, de 24/12/2018)

REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO PARA PARTICIPAR DE CONGRESSO

Senhor(a) Coordenador(a),

Eu, _____

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

e-mail por extenso e legível: _____

Solicito deliberação de afastamento para participar do _____

Data do afastamento: _____

Tutoria e turma do período afastado: _____

HA (turma) e IESC (turma): _____

Estou ciente que devo apresentar o certificado de participação no Congresso, e que o **prazo para tal é de no máximo 07 dias após o encerramento do evento, conforme Art.18, § 3º, da RESOLUÇÃO Nº 002/2023, do Colegiado de Cursos de Graduação - ESCS/CoCG.**

Caso o mesmo não seja entregue, o **requerimento será indeferido, o que acarretará em falta(s).**

O certificado deverá ser entregue até o dia ____/____/____.

Brasília, de _____ de 20 _____

Assinatura do(a) Estudante