



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA

CAMPUS _____

REQUERIMENTO PARA REGIME DOMICILIAR

Eu, _____,
Portador(a) do documento de Identidade nº _____ e
CPF _____, matriculado(a) no _____ ano/semestre do Curso
_____ do Instituto Federal Farroupilha –
Campus _____, vem, através deste, REQUERER a continuidade dos estudos
em REGIME DOMICILIAR, a contar de ____ / ____ /20____, pelo período de _____
(dias/meses), conforme atestado médico anexo, CID _____.

() Declaro estar ciente que os materiais de aulas estarão disponíveis no Sigaa e que devo atualizar meu e-mail institucional no Portal Discente.

Assinatura do Requerente ou Responsável (legível)

_____, ____ de _____ de 20____.

De acordo _____

Carimbo e assinatura Responsável pelo Setor de Saúde

Encaminhamento ao Setor de Registros Acadêmicos

() Todas as disciplinas do _____ ano/semestre do curso.

() Disciplinas com matrícula em outra turma/semestre

DISCIPLINA(S)	SEMESTRE	PROFESSOR(A)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA

CAMPUS _____

6.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Envio dos trabalhos e materiais de apoio para o aluno:

Via e-mail

E-mail institucional do Aluno (legível):

Impresso (retirar no Setor de Apoio Pedagógico)

Telefone para Contato:

____ / _____

Assinatura do Requerente ou Responsável (legível)

RG ou CPF: _____

Observação: Anexar a este requerimento, o atestado com o CID para arquivamento na pasta individual do aluno no SRA.