**Formulário de Solicitação de Regime de Exercícios Domiciliares**

À

DiGRA/DeEG

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Número UFSCar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudante regularmente matriculado(a) no Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desta Universidade, solicito a aplicação de \_\_\_\_\_\_ dias de Exercício Domiciliar contados **a partir da data de emissão do atestado médico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que será apresentado ao Serviço de Assistência à Saúde do Campus (DeAS ou DeACE)**, de acordo com:

* **Lei Federal nº 6.202, de 17 de abril de 1975 (Gestante) - prazo máximo: 3 meses**

( ) A partir do 8º mês de gestação e por um período de até três meses da data do atestado (se protocolado em até 7 dias após o fato gerador do afastamento, conforme Art. 204 do Regimento de Graduação);

( ) A partir da certidão de nascimento da criança (se protocolado em até 7 dias após o fato gerador do afastamento, conforme Art. 204 do Regimento de Graduação);

( ) \_\_\_\_\_ dias a partir da data da solicitação (se protocolado fora do prazo de 7 dias do fato gerador do afastamento, conforme Art. 204 do Regimento de Graduação – permitido apenas o período restante)**.**

* **Decreto Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969 – prazo máximo: 90 dias**

( ) \_\_\_\_\_ dias a partir da data da solicitação conforme expedição de atestado médico (se protocolado em até 7 dias após o fato gerador do afastamento, conforme Art. 204 do Regimento de Graduação); ou

( ) \_\_\_\_\_ dias a partir da data da solicitação (se protocolado fora do prazo de 7 dias do fato gerador do afastamento, conforme Art. 204 do Regimento de Graduação – permitido apenas o período restante)**.**

**Declaro estar ciente que:**

* Se deferido o meu pedido, todas as atividades curriculares em que me encontro inscrito(a), “cabendo ou não exercícios”, passarão a seguir o disposto no Capítulo VIII do Título VI do Regimento Geral dos Cursos de Graduação - Artigos 202 a 210.
* As inscrições das atividades curriculares que não comportam Exercícios Domiciliares serão canceladas do período letivo vigente, sem prejuízo no Índice de Desempate para Inscrição em Atividades Curriculares (ID).
* Será de minha inteira responsabilidade, ou da pessoa intermediária por mim nomeada, entrar em contato com o professor responsável pelas atividades curriculares para adquirir o material e os exercícios preparados, encaminhar à(ao) beneficiária(o) (caso intermediário(a) do(a) requerente) e proceder a sua devolução depois de resolvidos.
* **Assim que receber o número do processo SEI, devo entrar em contato imediatamente com o serviço de assistência à saúde do Campus (DeAS ou DeACE) para agendar a consulta para a homologação do atestado médico.**
* Os pedidos fora do prazo estabelecido não terão efeito retroativo, por descaracterizar a finalidade do benefício, sendo, neste caso, a concessão autorizada a partir da data do protocolo, se ainda for viável.

Este pedido uma vez deferido terá caráter irrevogável, salvo em situações clinicamente orientadas.

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) requerente

Email do(a) requerente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Intermediário(a) entre requerente e os professores** |

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

End.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fone:( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_