|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA/UDESC CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA/CEAD DIREÇÃO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO/DEG SECRETARIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO/SEG** | | | | | |
| **REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE REGIME ESPECIAL DE ATENDIMENTO DOMICILIAR TEMPORÁRIO** | | | | | | |
| Ilmo/a. Sr/Srª. Chefe de Departamento do Curso de **SELECIONE O CURSO** CEAD/UDESC  Eu, **DIGITE SEU NOME**, CPF nº **DIGITE SEU CPF** polo: /turma: **DIGITE SEU POLO/TURMA**, venho conforme Resolução 024/2015 – CONSEPE, solicitar exercícios domiciliares pelo(s) seguinte(s) motivo(s): | | | | | | |
| **ESCREVA AQUI OS MOTIVOS PARA SUA SOLICITAÇÃO** | | | | | | |
| **Anexar comprovante do motivo da solicitação. No caso de atestado médico deverá ser firmado por profissional legalmente habilitado, devendo constar:** diagnóstico por escrito ou CID - Código Internacional da Doença, tempo de repouso estimado para a recuperação (quando for o caso), data da emissão do atestado, nome completo do médico, número do CRM – Registro Conselho Regional de Medicina (CARIMBO), assinatura do Médico. O atestado médico será RECUSADO se houver descumprimento dos requisitos aqui apresentados.  Observação: A presente orientação atende ao disposto na Resolução CFM nº 1.851/2008, que altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. | | | | | | |
| **ENDEREÇO DO REQUERENTE** | | | | | | |
| Rua: **DIGITE SUA RUA** | | | | | Número: **DIGITE O Nº** | |
| Complemento: **EX.: AP XX** | | CEP: **DIGITE O CEP** | BAIRRO: **DIGITE SEU BAIRRO** | CIDADE: **DIGITE SUA CIDADE** | | |
| Telefone(s) para contato: **DIGITE O TELEFONE** | | | E-mail: **DIGITE O E-MAIL** | | | |
| **ASSINALE UMA DAS OPÇÕES (OBRIGATÓRIO)** | | | | | | |
| Possuo acesso à internet em minha residência, mas não acompanharei as atividades no AVAMoodle. Comprometo-me a receber os Planos de Estudos (Propostas de Exercícios Domiciliares), informar o recebimento e encaminhar as atividades solicitadas por email;  Possuo acesso à internet em minha residência e acompanharei normalmente as atividades no AVAMoodle (postando as atividades conforme os cronogramas das disciplinas), comprometendo-me a receber por e-mail as atividades que substituirão as provas presenciais e informar o recebimento.  Não possuo acesso à internet em minha residência e precisarei receber os Planos de Estudo (Propostas de Exercícios Domiciliares) pelo correio. Da mesma forma, comprometo-me a encaminhar as atividades solicitadas pelo correio para o Departamento do Curso de **SELECIONE O CURSO** /CEAD/UDESC (endereço no rodapé). | | | | | | |
| **IMPRIMA E ASSINE ABAIXO: (OBRIGATÓRIO)** | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Local e data)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do requerente | | | | | | |
| **INSTRUÇÕES: Preencha corretamente este requerimento, imprima, digitalize-o e encaminhe o arquivo por e-mail para o endereço** [seg.cead@udesc.br](mailto:seg.cead@udesc.br). | | | | | | |
| **Universidade do Estado de Santa Catarina**  **Centro de Educação a Distância - CEAD**  **Av. Madre Benvenuta, 2007 - Itacorubi - 88.035-001**  **Florianópolis SC - Fone: (48) 3664-8400 - www.udesc.br** | | | | | | **logo_governo_oficio** |