

REGIME DE RECUPERAÇÃO DO APRENDIZADO:

- **EXERCÍCIOS ACADÊMICOS DOMICILIARES E EXERCÍCIOS ACADÊMICOS COMPLEMENTARES.**

Em cumprimento à Portaria ICMC nº086/2018 e outras hipóteses legais, onde admite-se:

- Exercícios Acadêmicos Domiciliares, devido a:
 - Alunos em condições de saúde que mereçam tratamento excepcional, compatíveis com o estado de saúde do interessado (Decreto-Lei nº 1.044/69);** (artigo 3º, inciso I, Portaria ICMC nº086/2018).
 - Alunas em estado de gravidez a partir do oitavo mês de gestação, pelo período de três meses** (artigo 3º, inciso II, Portaria ICMC nº086/2018).

Ou

- Exercícios Acadêmicos Complementares Presenciais, devido a:
 - Condição de saúde, atestada por laudo médico que pode indicar o Código Internacional da Doença (CID) – informação opcional.** (artigo 4º, inciso III, Portaria ICMC nº086/2018);

Eu, _____ aluno(a) do curso de _____, n° USP _____, e-mail: _____ tendo em vista meu estado de saúde comprovado no atestado médico em anexo, solicito a competente autorização para realizar:

- Regime de Exercícios Domiciliares.**
- Regime de Recuperação do Aprendizado (Exercícios Acadêmicos Complementares Presenciais) - realizado posteriormente ao período de impedimento, a critério do docente.**

correspondente ao período de ____/____/____ a ____/____/____ (____) dia(s).

Código e nome da(s) disciplina(s):

Docentes(s):

1)

2)

3)

4)

O prazo máximo de cinco dias úteis a partir do término da validade do atestado médico:

foi cumprido

não foi cumprido, ficando a critério do docente/departamento aceitá-lo com base na justificativa abaixo do aluno:

Declaro que estou ciente de que deverei entrar em contato com os docentes responsáveis pelas disciplinas relacionadas acima, para entendimentos quanto ao regime em questão.

____/____/____

Assinatura do(a) aluno(a)

Conferido pelo Serviço de Graduação do ICMC em ____/____/____ por _____

Assinatura e carimbo do funcionário

SOLICITAÇÃO DE EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO

Eu, _____, n° USP _____, tendo faltado às aulas no período de ____/____/____ a ____/____/____ venho solicitar emissão de laudo médico.

____/____/____

Assinatura do(a) aluno(a)

Recebido na **UBAS** por _____, em ____/____/____.

LAUDO MÉDICO

O(a) aluno(a) em questão foi por mim examinado(a), tendo sido constatada:

- em exame físico (CID opcional: _____)
- em atestado(s) médico anexo(s) (CID opcional: _____)

a impossibilidade de acompanhar as atividades escolares no período de ____ / ____ / ____
 a ____ / ____ / ____.

São Carlos, ____ / ____ / ____ .

 Assinatura e carimbo do médico da UBAS

MANIFESTAÇÃO DO(S) DOCENTE(S):

Disciplina	Parecer (Deferido ou indeferido)	Atividade que deverá ser realizada *
1)		<input type="checkbox"/> Prova escrita ou oral <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros: _____
2)		<input type="checkbox"/> Prova escrita ou oral <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros: _____
3)		<input type="checkbox"/> Prova escrita ou oral <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros: _____

4)		<input type="checkbox"/> Prova escrita ou oral <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros: _____
----	--	---

*Indicar conteúdos que deverão ser estudados e bibliografia que deverá ser consultada:

1)

2)

3)

4)
