

## REGIME DE RECUPERAÇÃO DO APRENDIZADO:

- **ABONO DE FALTAS E JUSTIFICATIVA PARA FALTAS COM REPOSIÇÃO DE AVALIAÇÃO;**
- **EXERCÍCIOS ACADÊMICOS DOMICILIARES E EXERCÍCIOS ACADÊMICOS COMPLEMENTARES.**
- **EXCETO COMPROMETIMENTO DE SAÚDE.**

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

- Exercícios Acadêmicos Domiciliares, devido a:
  - Adoção ou guarda judicial de criança pelo período de três meses** (artigo 3º, inciso III, Portaria ICMC nº086/2018).

### Ou

- Exercícios Acadêmicos Complementares Presenciais, devido a:
  - Falecimento de membros da família até 1º grau;** (artigo 4º, inciso I, Portaria ICMC nº086/2018);
  - Participação, com aprovação pela CoC, em evento acadêmico;** (artigo 4º, inciso II, Portaria ICMC nº086/2018); - **nesse caso, solicitar a aprovação da CoC antes do evento!**
  - Aluno oficial ou aspirante a oficial da reserva, COM PERDA DE AVALIAÇÕES.** (artigo 4º, inciso IV, Portaria ICMC nº086/2018).
  - Serviço Militar** (alunos reservistas, nos termos da Lei nº 4.375/64, alterada pelo Decreto-Lei 715/69), salvo militares de carreira, **COM PERDA DE AVALIAÇÕES.** (artigo 4º, inciso IV, Portaria ICMC nº086/2018);
  - Participação CONAES** (alunos que participaram de reuniões da CONAES - Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior, na qualidade de membro da comissão (LEI No 10.861, DE 14 DE ABRIL DE 2004.), **COM PERDA DE AVALIAÇÕES.** (artigo 4º, inciso IV, Portaria ICMC nº086/2018);

eu, \_\_\_\_\_ aluno(a) do curso de \_\_\_\_\_, nº USP \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tendo em vista a situação informada acima com o **devido comprovante anexo**, solicito a competente autorização para realizar:

**Regime de Exercícios Acadêmicos Complementares Presenciais - realizado posteriormente ao período de impedimento, a critério do docente.**

**Regime de Exercícios Domiciliares.**

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 da data do término do impedimento.

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)

**Para preenchimento do Serviço de Graduação:**

Houve aprovação da CoC no que refere-se a Participação em evento acadêmico? ( ) sim ( ) não

Conferido pelo Serviço de Graduação do ICMC em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do funcionário

**MANIFESTAÇÃO DO(S) DOCENTE(S):**

Disciplina	Parecer (Favorável ou contrário)	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, caso haja necessidade:

1)

---



---

2)

---



---

3)

---



---



4)

---

---