



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
RIO GRANDE DO SUL
Campus Ibirubá

DIREÇÃO DE ENSINO

REQUERIMENTO DE ESTUDOS DOMICILIARES

Nome:		CPF:	
Curso:		Matrícula:	
Ano/Semestre Atual:		Ano/Semestre de Ingresso:	
e-mail:			
Responsável (somente se o aluno for menor):			
Fone do responsável (somente se o aluno for menor):			
E-mail responsável (somente se o aluno for menor):			

Venho requerer estudo domiciliar de ____/____/____ a ____/____/____
por motivo de : gravidez afecção congênita ou adquirida, infecção, traumatismo ou condição
mórbida, determinando distúrbios agudos ou agudizados

Anexo ao documento?

Sim Qual? _____

Não

Neste termos, pede deferimento.

Ibirubá, _____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente

Assinatura responsável (caso aluno menor)

À DIREÇÃO DE ENSINO PARA PARECER

Indeferido Deferido

Observação/Visto:

PARA USO DOS REGISTROS ESCOLARES

- Emissão do memorando
 Abertura do processo SUAP
 Encaminhamento ao Coordenador do curso

Observação/Visto: