



Campus Alegrete

LICENÇAS

À
Secretaria Acadêmica
Curso de

Eu,

aluno(a) regularmente matriculado(a) nesta universidade sob matrícula n.º

solicito, conforme Resolução 249/2019, pelo período de _____ a _____ :

Tratamento de Saúde	Licença Adotante
Licença Acadêmica (comunicação de afastamento)	Licença Maternidade
Licença Acadêmica (comprovação de participação	Licença Paternidade
Militar	Exercícios Domiciliares
	Licença por Força Maior
	Outras

Documento recebido:

atestado médico Outro:

As disciplinas solicitadas são as seguintes:

1)	Prof.:
2)	Prof.:
3)	Prof.:
4)	Prof.:
5)	Prof.:
6)	Prof.:
7)	Prof.:
8)	Prof.:

Alegrete, de _____ de _____ .

(Assinatura do Aluno)

Informações do aluno	
E-Mail:	Telefone:
Para uso da coordenação:	
Pedido deferido	
Pedido indeferido :	
Data:	

**Declaro estar ciente de que devo entrar em contato com os professores das disciplinas citadas, informar-me dos conteúdos, bem como acompanhar os exercícios e avaliações.*