Universidade Metodista de São Paulo

RESPOSTA DIA : .....
FUNCIONÁRIO :.....

COORDENAÇÃO DE PROCESSOS ACADÊMICOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

REQUERIMENTO DE REGIME DE EXERCÍCIO DOMICILIAR

À
Coordenação de Processos Acadêmicos de Pós-Graduação

Nome: .....

Matriculado(a) sob o número: .....Curso/ Programa: ☐ Especialização ☐ Mestrado

Início do Curso: (mês/ano) ...../..... ☐ MBA ☐ Doutorado

Período de Afastamento: Data de início: (...../...../.....) Data de término: (...../...../.....)

Indicar o representante legal: .....

Justificativa do Pedido (Anexar original ou cópia autenticada)

_____

_____

_____

_____

AS SOLICITAÇÕES FORA DO PRAZO NÃO TERÃO VALIDADE

Termos em que P. Deferimento São Bernardo do Campo - SP _____ _____ _____

E-mail: _____

_____
Assinatura do(a) Aluno(a)

Telefone para Contato : _____

Pedido : ☐ Deferido Data: _____ _____ _____

☐ Indeferido - Motivo de indeferimento:.....

.....

Disciplinas/ Módulos com Regime de Exercício Domiciliar	Professor(a)	Carga-Horária da Disciplina	Data(s) do Exercício Domiciliar

Protocolo

Nome do(a) Aluno(a) : _____

Número da Matrícula do(a) Aluno(a) :_____ Curso/Programa : _____

Para o Dia :_____ Assunto : Regime de Exercício Domiciliar

Funcionário : _____

Parecer da Coordenação de Processos Acadêmicos de Pós-Graduação/ Assessoria Pedagógica do *Lato Sensu*

Parecer da Coordenação do Programa/Curso

Parecer do Comitê de Pós-Graduação *Stricto Sensu* / Comitê de Educação Continuada (Casos Excepcionais)

Parecer dos professores

Professor:	Parecer: