



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Coordenação do Curso de Administração

UFCA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CARIRI

SOLICITAÇÃO DE REGIME ESPECIAL

Nº DE MATRÍCULA	PERÍODO LETIVO	CURSO
NOME COMPLETO		
TELEFONE	E-MAIL	

DIVISÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA

Atesto que o(a) aluno(a) está impedido(a) de acompanhar as atividades letivas, no período de ____/____/____ a ____/____/____, conservadas as condições de aprendizagem, pelo motivo abaixo indicado:

DOENÇA	GESTAÇÃO
AUTENTICAÇÃO	
DATA ____/____/____	_____ Diretor(a) /DMO

COORDENAÇÃO DO CURSO

DEFIRO	INDEFIRO
AUTENTICAÇÃO	
DATA ____/____/____	_____ Assinatura do Coordenador(a)

Data de entrega ____/____/____

ASSINATURA DO DISCENTE

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)