# REQUERIMENTO
# EXERCÍCIOS DOMICILIARES

**NÚMERO DE MATRÍCULA:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**NOME COMPLETO DO REQUERENTE**

**CURSO**

**E-MAIL**

**JUSTIFICATIVA**:_____

_____

_____

_____

**DISCIPLINAS:** _____

_____

_____

A documentação comprobatória (atestados, declarações, entre outros) da justificativa apresentada deve ser anexada a este requerimento.

Este pedido será analisado conforme legislação vigente.

Data: _____/_____/_____ Assinatura: _____

**SECRETARIA ACADÊMICA**

O pedido foi devidamente analisado e ( ) deferido ( ) indeferido.

Responsável pela análise: _____

São Leopoldo, ___/___/___ Assinatura da Secretaria:_____

Rua Amadeo Rossi, 467 – Morro do Espelho – São Leopoldo / RS – Brasil – CEP 93030-220 Caixa Postal 14
Fone: +55 (51) 2111.1400 – Fax: +55 (51) 2111.1411 – est@est.edu.br – www.est.edu.br