Ministério da Educação

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RJ Secretaria de Pós-graduação – Campus XXX

# FORMULÁRIO DE REGIME ESPECIAL DE ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DOMICILIARES (APDs)

(PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL)

*lato sensu stricto sensu*

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO PROGRAMA E DO(A) ALUNO(A)** |
| **CURSO** | **CAMPUS** |
| **NOME COMPLETO DO (A) ALUNO(A)** | **MATRÍCULA** |
| **TELEFONE RESIDENCIAL****( )** | **CELULAR****( )** | **E-MAIL** |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOLICITAÇÃO** |  |
| ( ) REGIME ESPECIAL DE APDs - PERÍODO \_/ \_/ \_ \_ A / / \_ (ANEXAR LAUDO MÉDICO) |  |
| **PROFESSOR** | **DISCIPLINA** | **CIÊNCIA DO PROFESSOR** | **DATA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data de abertura do requerimento assinatura do(a) aluno(a) assinatura do(a) servidor(a)

|  |
| --- |
| **PARECER DO COLEGIADO:** |
|  |
|  |
|  |
| **ASSINATURA DA COORDENAÇÃO:** | **DATA:** |

**CIENTE EM: ASSINATURA DO ALUNO:**

# Sítio Institucional: [www.ifrj.edu.br](http://www.ifrj.edu.br/)