|  |
| --- |
| Protocolo SPdoc Nº \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Funcionário:**(nome por extenso e rubrica)** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL JACINTO FERREIRA DE SÁ – OURINHOS – 066**



|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ESTUDO (ALUNO ENFERMO/GESTANTE/SERVIÇO MILITAR)** |

 Ilmo (a) Sr. (a) Diretor (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Curso:**  | **Classe** | **Período** |
| Solicito condições especiais de estudos (aprendizagem e avaliação) nos termos da Deliberação CEE nº 59/2006, Decreto-Lei 1044/69 e Lei 6.202/75, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ conforme atestado médico anexo. Indico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para ser meu representante junto à Etec.  |
| Ourinhos, |  | / |  | / |  |  |  |  |
|  | (ass. do aluno) |  | (ass. do responsável pelo aluno) |
| Obs.: Não receber o requerimento sem o atestado médico e período. |

|  |
| --- |
| **Preenchimento da ETEC** |
| **Coordenação (Pedagógica/Curso)** |
| ( |  | ) | Propomos o deferimento para o período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tendo em vista que as condições de saúde apresentadas pelo(a) aluno(a) permitem a realização de atividades domiciliares e a continuidade dos estudos. |
| ( |  | ) | O aluno deverá cumprir as atividades práticas do curso e submeter-se à avaliações, quando retornar às aulas, para concluir o módulo e garantir o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias ao exercício das respectivas responsabilidades profissionais, nos seguintes componentes curriculares: (consultar o Plano de Curso). |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ( |  | ) | Propomos o indeferimento. Motivo: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Direção** | **Aluno ou seu Representante** |
| ( |  | ) Deferido | ( |  | ) Indeferido | Ciente: ( ) do despacho do Diretor; ( ) das exigências para conclusão da série/módulo  |
| Encaminhe-se à Secretaria Acadêmica para: |
| ( |  | ) | Entregar uma via do Plano de Atividades ao representante indicado pelo aluno.  |
| ( |  | ) | Registrar o período no Diário da Classe, na Ficha Individual do Aluno e na Lista Piloto. |  ( ) recebi nesta data o Plano de Atividades |
| Data |  | / |  | / |  |  | Data |  | / |  | / |  |  |
|  |  |
| (carimbo e ass. do Diretor) | (ass. do aluno ou seu representante) |