|  |
| --- |
| 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) | | | | | | |