

REQUERIMENTO DE REGIME DOMICILIAR

Eu, _____, matrícula
_____, regularmente matriculado(a) no curso
_____, turma _____ do Instituto
Federal da Paraíba - Campus Monteiro - venho requerer a **Concessão de Regime
Domiciliar**, conforme previsto nas normas acadêmicas da instituição.

Informo que estou impossibilitado(a) de frequentar as atividades presenciais a partir de
_____/____/____ pelo período de _____(dias/meses), conforme atestado médico
anexo, CID _____, em razão de:

- () I- À discente em estado de gestação, a partir do oitavo mês, ou em período pós-parto, durante 120 (cento e vinte) dias;
- () II- Ao discente adotante, durante 120 (cento e vinte) dias, a partir da data da guarda, desde que comprovada por decisão judicial;
- () III- Ao discente com incapacidade física temporária (de ocorrência isolada ou esporádica)

Dessa forma, solicito a realização de **atividades domiciliares**, para que seja possível acompanhar os conteúdos e avaliações das disciplinas durante o período de afastamento.

Monteiro – PB, _____ de _____ de _____.

Declaro que estou anexando a este requerimento a documentação comprobatória necessária.

Assinatura do Requerente ou Responsável