**REQUERIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) no Curso de Licenciatura em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Faculdade SESI-SP de Educação, venho **REQUERER** compensação da ausência às aulas, por meio de exercícios domiciliares, com acompanhamento de professores designados pelo Coordenador do Curso de Licenciatura em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Faculdade SESI-SP de Educação, pelo período de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_ à \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_, por impossibilidade de frequentar as aulas, conforme consta em atestado médico anexo, de acordo com o Decreto-lei n.º 1.044, de 1969 e na Lei n.º 6.202, de 1975.

Declaro estar ciente que minhas ausências às aulas não serão abonadas e sim compensadas, e que a Faculdade SESI-SP irá analisar este pleito, mediante avaliação dos professores designados e do Coordenador do Curso, quanto a possibilidade do acompanhamento do processo de aprendizagem.

São Paulo, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do estudante ou responsável

( ) Deferido ( ) Indeferido

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_