



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA**

CÂMPUS \_\_\_\_\_

**REQUERIMENTO PARA REGIME DOMICILIAR**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Portador (a) da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ e  
CPF \_\_\_\_\_, matriculado (a) no \_\_\_\_\_ semestre do Curso  
\_\_\_\_\_ do Instituto Federal Farroupilha –  
Câmpus \_\_\_\_\_, vem, através deste, REQUERER a continuidade dos estudos  
em REGIME DOMICILIAR, a contar de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_, pelo período de \_\_\_\_\_  
(dias/meses), conforme atestado médico anexo, CID \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

De acordo \_\_\_\_\_

**Carimbo e assinatura Responsável pelo Setor de Saúde**

**\*\* Encaminhamento ao Setor de Registros Acadêmicos**

( ) Todas as disciplinas do \_\_\_\_\_ semestre do curso.

( ) Disciplinas com matrícula em outra turma/semestre

DISCIPLINA(S)	SEMESTRE	PROFESSOR(A)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA**

CÂMPUS \_\_\_\_\_

Envio dos Trabalhos para o aluno:

Via e-mail

E-mail do Aluno (legível):

\_\_\_\_\_

Impresso (retirar na secretaria)

Fone para Contato:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente ou Responsável (legível)

RG ou CPF: \_\_\_\_\_

**Observação:** Anexar a este requerimento, o atestado com o SID para arquivamento na pasta individual do aluno no SRA.