



REGIME ESPECIAL - GESTANTE

Nome: _____ Nº USP: _____
Endereço: _____, Bairro: _____,
CEP: _____, Cidade: _____ / _____,
Telefone: _____, E-mail: _____

Venho requerer a aplicação de regime especial para gestante no período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / _____, conforme especificado no atestado médico (ou Certidão de Nascimento) anexo.

Segue abaixo as disciplinas nas quais estou matriculada e solicito a aplicação de exercícios domiciliares:

Código: _____ Nome: _____
Código: _____ Nome: _____
Código: _____ Nome: _____
Código: _____ Nome: _____
Código: _____ Nome: _____
Código: _____ Nome: _____
Código: _____ Nome: _____

Estou ciente que, conforme descrito na Resolução CG nº15/FZEA, tal regime aplica-se somente às disciplinas de caráter predominantemente teórico, cuja ausência às aulas não irá prejudicar sobremaneira o processo de aprendizagem.

Pirassununga, ____ de _____ de _____.
_____ Assinatura da interessada

MANIFESTAÇÃO DO DOCENTE RESPONSÁVEL

Disciplina: _____ Prof(a) Dr(a). _____
Parecer: _____ Data: ____ / ____ / _____

Disciplina: _____ Prof(a) Dr(a). _____
Parecer: _____ Data: ____ / ____ / _____

Disciplina: _____ Prof(a) Dr(a). _____
Parecer: _____ Data: ____ / ____ / _____



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos
Serviço de Graduação

Disciplina: _____ Prof(a) Dr(a). _____

Parecer: _____ Data: ____ / ____ / _____

Disciplina: _____ Prof(a) Dr(a). _____

Parecer: _____ Data: ____ / ____ / _____

Disciplina: _____ Prof(a) Dr(a). _____

Parecer: _____ Data: ____ / ____ / _____

Disciplina: _____ Prof(a) Dr(a). _____

Parecer: _____ Data: ____ / ____ / _____

Aluna comunicada via e-mail em ____ / ____ / _____ por _____

OBSERVAÇÕES
