

|  |
| --- |
| Protocolo SPdoc Nº \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Funcionário: |

**ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL DE HORTOLÂNDIA**

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ESTUDO (ALUNO ENFERMO/GESTANTE/SERVIÇO MILITAR)** |

Ilmo Sr. Diretor **JOSE IZIDRO LUIZ MARQUES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | | **Celular:** | |
| **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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_,conforme atestado médico anexo. Indico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,município de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para ser representante junto à Etec. | | | | | | |
| Sumaré,\_\_\_\_/\_\_\_\_/2024 |  | | |  | |  |
|  | | (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 \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ 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\_\_\_\_/\_\_\_\_/2024 | | | | | | | Data\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2024 |
|  | | | | | | |  |
| **JOSE IZIDRO LUIZ MARQUES /Diretor** | | | | | | | **(ass. do aluno ou seu representante)** |