**REQUERIMENTO DE REPOSIÇÃO DE ATIVIDADE AVALIATIVA PROGRAMADA**

(Resolução CONSEPE nº 29/2020, art. 85)

À Coordenação do Curso de Ciências Agrárias/CCHSA/UFPB,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Licenciatura em Ciências Agrárias, sob matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer a REPOSIÇÃO da atividade acadêmica avaliativa programada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aplicada na data de \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_, pelo Professor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pelo motivo assinalado abaixo e comprovado pela documentação em anexo, nos termos previstos na Resolução CONSEPE nº 29/2020, art. 85.

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIVO** | |
| ( ) | Problema de saúde (atestado médico) ou impedimento de locomoção física que justifique a ausência. |
| ( ) | Doença de caráter infectocontagiosa, impeditiva do comparecimento, comprovada por atestado médico constando o Código Internacional de Doenças (CID). |
| ( ) | Ter sido vítima de ação involuntária provocada por terceiros. |
| ( ) | Manobras ou exercícios militares comprovados por documento da respectiva unidade militar. |
| ( ) | Luto, comprovado pelo respectivo atestado de óbito, de pais, avós, filhos, netos, irmãos, tios, cônjuge ou companheiro(a). |
| ( ) | Convocação, coincidente em horário, para depoimento judicial ou policial ou para eleições em entidades oficiais, devidamente comprovada por declaração da autoridade competente. |
| ( ) | Impedimentos gerados por atividades previstas e autorizadas pela Coordenação do respectivo curso ou instância hierárquica superior. |
| ( ) | Direitos outorgados por lei. |
| ( ) | Coincidência de horário com outra prova ou atividade didática desde que haja comprovação respectiva. |
| ( ) | Outro motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

**Declaro, sob as penas da Lei, que as informações prestadas e o(s) documento(s) apresentado(s) são verdadeiros e autênticos, e assumo inteira responsabilidade pelo(s) mesmo(s).**

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bananeiras, \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) Aluno(a)

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*E-mail*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_