



REQUERIMENTO

Sr. Coordenador,

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Relações Internacionais, modalidade a presencial, matrícula nº _____, venho por meio deste, solicitar tratamento especial em regime domiciliar, justificado pelo atestado médico em anexo.

Nestes termos
Pede Deferimento

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Aluno(a)