## REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

(Artigo 30 da Resolução Normativa n.º 95/CUn/2017)

|  |
| --- |
| **Identificação do(a) requerente** |
| Nome: | Matrícula: |
| Contato: |
| **Requerimento** |
|  O(A) aluno(a) acima identificado(a) vem requerer o seu afastamento das atividades acadêmicas do seu curso, pelo período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, em razão de tratamento de saúde ( ) dele(a) próprio(a) / ( ) de familiar.Curitibanos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura |
| Anexar:* Atestado médico;
* Comprovante de parentesco (se o afastamento for para o tratamento de saúde de familiar).
 |