## 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). | |