# UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE COORDENAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

**FORMULÀRIO: REPOSIÇÃO DE ATIVIDADE ACADÊMICA PROGRAMADA**

(RESOLUÇÃO Nº 16/2015 – Título X– Capítulo I)

## Sr.(a) Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia, Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Fisioterapia, matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer a reposição da atividade avaliativa aplicada no dia \_\_/\_\_/\_\_\_\_, pelo professor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da qual me ausentei, devido a justificativa abaixo e conforme documento comprobatório em anexo.

Marque a justificativa, segundo o art. 92 da Resolução 16/2015:

**Ο** 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);

**Ο** Ter sido vítima de ação involuntária provocada por terceiros;

**Ο** Manobras ou exercícios militares comprovados por documento da respectiva unidade militar;

**Ο** Luto, comprovado pelo respectivo atestado de óbito, de pais, avós, filhos, netos, irmãos, tios, cônjuge ou companheiro (a);

**Ο** Convocação, coincidente em horário, para depoimento judicial ou policial ou para eleições em entidades oficiais, devidamente comprovada por declaração da autoridade competente;

**Ο** Impedimentos gerados por atividades previstas e autorizadas pela Coordenação do respectivo curso ou instância hierárquica superior;

**Ο** Direitos outorgados por lei;

**Ο** Coincidência de horário com outra prova ou atividade didática desde que haja comprovação respectiva;

Caso omisso. Justificativa do aluno:

## João Pessoa, de de .

Assinatura do (a) aluno(a)