



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE LETRAS
COORDENAÇÃO DO CURSO DE LETRAS

À Coordenação do Curso de Letras: _____

Aluno(a): _____ Matrícula: _____

Curso: _____

Endereço: _____

Tel.: _____ Cidade: _____ Estado: ____ Cep: _____

O(a) Discente acima mencionado requer os benefícios nos termos do Decreto-Lei nº. 1.044/69, que estabelece regime de exercícios **domiciliares a estudantes portadores de afecções congênitas ou adquiridas**, com direito ao acompanhamento domiciliar e às provas finais, para o que junta, devidamente, o atestado médico. Informa que se encontra matriculado(a) no semestre corrente, nas seguintes disciplinas:

Disciplinas:	Série/Período:	Turma:	Docente:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Assinatura do discente