

UERJ/IP	SOLICITAÇÃO DE EMISSÃO DE DOCUMENTO	RECEBIDO POR
NOME DO SOLICITANTE		MATRÍCULA
PERÍODO CURRICULAR	TELEFONE	EMAIL INSTITUCIONAL
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PROVA (discriminar abaixo o(s) nome(s) das disciplinas e o(s) dia(s) e horário(s) da(s) competente(s) prova(s), solicitando a(s) assinatura(s) do(s) receptivo(s) professore(s). <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO PARA FIM DE ESTACIONAMENTO NA UERJ (Só em caso de extravio do RID) (informar abaixo as disciplinas que está cursando, inclusive o(s) estágio(s) no SPA, com os seus horários). <input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO DE REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES POR MOTIVO DE GRAVIDEZ (LEI 6202 DE 17/04/75) (anexar atestado médico que comprove estar no 8º mês ou cópia da certidão de nascimento e informar abaixo os nomes das disciplinas que está cursando e dos respectivos professores; a duração do regimento excepcional é de 3 meses a contar do 8º mês ou do nascimento). <input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO EXCEPCIONAL POR MOTIVO DE DOENÇA (LEI 1044 DE 21/10/69) (anexar atestado médico comprobatório, concedendo, no mínimo, 15 dias de licença). <input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO DE PROGRAMAS DE DISCIPLINAS (discriminar abaixo os nomes das disciplinas). <input type="checkbox"/> OUTRAS SOLICITAÇÕES (especificar abaixo)		
OBSERVAÇÃO (continue no verso, se necessário)		
DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA DO SOLICITANTE	

RUBRICA DO FUNCIONÁRIO	DATA DA SOLICITAÇÃO	DATA DA ENTREGA
PEDIDO		
ASSINATURA DO SOLICITANTE		