

**FORMULÁRIO DE REGIME ESPECIAL/PRORROGAÇÃO DE REGIME ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO (A) ESTUDANTE**

Nome:		Matrícula:
Curso:		
E-mail:	Fone: ( )	
RG (brasileiros):	RNM (estrangeiros)	

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE REGIME ESPECIAL**

1. ( ) Doença / Atestado médico com CID-10 ou o diagnóstico da doença por escrito. (Com quantidade de dias de afastamento);

2. ( ) Gestação a parti do 8º mês / Cartão de pré-natal, frente e verso;

3. ( ) Após o nascimento / Certidão de nascimento do filho ou declaração de nascido vivo;

4. ( ) Prorrogação do Regime Especial mediante atestado médico (LEI nº 6.202, de 17 de abril de 1975);

5. ( ) Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) discente

O(a) discente deverá:

1 – Encaminhar este formulário junto com o documento que comprove a necessidade de Regime especial digitalizados para o e-mail da SECRAGI ([secragi@unilab.edu.br](mailto:secragi@unilab.edu.br)).