# **REQUERIMENTO - RECUPERAÇÃO DO APRENDIZADO**

(Casos que não admitem abono de faltas ou regime de exercícios domiciliares)

# **Prezada (o) Presidente da CG-IAU,**

# Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante do curso de Arquitetura e Urbanismo do IAU, sob o Nº USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo em vista o comprovante anexado ao presente, correspondente ao período de (\_\_\_) dias, de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, venho requerer, nos termos da Instrução Normativa CG-IAU Nº 01/2025, a concessão de **RECUPERAÇÃO DO APRENDIZADO** referente à prova(s)/atividade(s) na(s) disciplina(s) abaixo especificada(s), perdida(s) no período supracitado:

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINA (código, nome, turma)** | **Docente (s) Responsável (eis)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Motivo da solicitação (assinale conforme documento comprobatório que anexou)**

|  |  |
| --- | --- |
| **( )** | doença ou emergência médica com afastamento de **até 15 (quinze)** dias. |
| **( )** | doença com afastamento superior a 15 (quinze) dias, desde que não se enquadre nos casos de regime de exercício domiciliar, conforme Resolução CoG 8754/2025. |
| **( )** | óbito de cônjuge ou parente de primeiro grau – afastamento de até 7 (sete) dias. |
| **( )** | doação voluntária de sangue – afastamento de 1 (um) dia. |
| **( )** | casamento – afastamento de 3 (três) dias corridos a partir da data do casamento civil ou religioso. |
| **( )** | alistamento eleitoral. |
| **( )** | participação em certames (competições) e eventos científicos com apresentação de trabalho (até 5 dias). |

**DECLARO estar ciente** de que as faltas referentes à ausência durante o período indicado serão atribuídas e de que poderei ser reprovado por frequência, caso não obtenha a frequência mínima de 70% em cada disciplina, conforme Artigo 84 do Regimento Geral da USP.

# **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# **Assinatura da/o estudante**

**São Carlos, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.**