**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO**

AV. BOM PASTOR, S/N, BAIRRO BOA VISTA CEP 55.296-901 GARANHUNS, PE

E-MAIL: DRCA@UFAPE.EDU.BR

**REQUERIMENTO DE DISPENSA DA DISCIPLINA EDUCAÇÃO FÍSICA**

À COORDENAÇÃO DO CURSO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA UFAPE,

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° de CPF \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ , aluno do curso de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito dispensa da disciplina Educação Física, com base na Resolução CEPE-UFRPE Nº 155/2001, por me enquadrar em um dos seguintes casos (marque um X na opção):

(A) Idade, a partir de 30 (trinta) anos. (anexar a cópia autenticada da certidão de nascimento; ou casamento; ou RG);

(B) Deficiência física permanente. (anexar atestado médico, homologado pelo Departamento Médico da UFAPE);

(C) Prole, mulher ou homem de qualquer idade com filho. (anexar cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho);

(D) Deficiência física temporária - dispensa parcial. (anexar atestado, homologado pelo Departamento Médico da UFAPE);

(E) Trabalho com jornada igual ou superior a 6 horas. (anexar declaração da empresa onde trabalha, e requerer semestralmente, até a conclusão do curso, se trabalhar todo o prazo).

Garanhuns, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a)

**Contatos:**

Telefone fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexar: Documentação Comprobatória**