|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS  PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  **Coordenadoria de Secretaria Integrada da Unidade Acadêmica do curso** | **Este requerimento deve ser**  **obrigatoriamente digitado. Sua tramitação e o resultado devem ser consultados, pelo requerente no SEI** |

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE INTEGRALIZAÇÃO DE COMPONENTE CURRICULAR (CC)**  **FORMULÁRIO II** |

(Deve ser preenchido um para cada CC)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do estudante: | Registro Acadêmico: |
| Código do CC: | Turma: |
| E-mail institucional do professor responsável: | |

**Opção para o CC:** ( ) Cancelar matrícula; ou ( ) Plano para integralização aprovado pelo docente.

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMA DE INTEGRALIZAÇÃO DO CONTEÚDO E DAS AVALIAÇÕES OU JUSTIFICATIVA PARA INVIABILIDADE DO RD**  (O docente também poderá usar este espaço para manifestar a não concordância com o regime diferenciado solicitado pelo discente, através de justificativa plausível, nos casos em que seja indispensável, a presença do discente nas atividades do CC) | |
|  | |
| **TERMO DE RESPONSABILIDADE DO DOCENTE RESPONSÁVEL PELO COMPONENTE CURRICULAR:**  Declaro, para os devidos fins legais que a forma de integralização do conteúdo e das avaliações proposta acima é de minha autoria e que tenho responsabilidade institucional para a efetiva cobrança ao discente para o cumprimento do disposto nas normas do RD, conforme: **IN PROGRAD nº 20/2022**, *Art. 5º § 2º Em caso de aceite por parte do docente responsável, cabe a ele, juntamente com o estudante, elaborar o plano para integralização do CC, que deverá ser expresso em formulário específico para cada CC, cabendo ao estudante apresentar o documento ao setor responsável especificado no art. 2º…§ 3º Caso o docente responsável pelo CC não concorde com o RD solicitado pelo estudante, por entender ser indispensável a presença nas atividades, deverá apresentar justificativa fundamentada no próprio formulário específico.* | |
| **Nome do professor responsável:** | **SIAPE:** |

Data: / /20

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

Assinatura eletrônica do Professor (SOUGOV)