



Campus São Mateus
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA UNIFICADA DE PÓS-GRADUAÇÃO

JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA POR MOTIVO DE SAÚDE

DADOS DISCENTE

NOME DO(A) ALUNO(A):	MATRÍCULA:
CURSO:	

DADOS DA LICENÇA

QTD. DE DIAS DE ATESTADO:	DATA DE INÍCIO:	
Requer exercícios domiciliares: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
Descreva abaixo as aulas que não foram/serão assistidas devido à licença médica.		
DATA	DISCIPLINA	PROFESSOR

São Mateus – ES, de de .

Assinatura do discente