|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ** **INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS****FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO****CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO INCLUSIVA**  |    |

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA (Saúde, Maternidade e/ou outras)

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mestrando(a) do Programa de Pós-Graduação em Educação Inclusiva (PROFEI) do Instituto de Ciências Humanas (ICH) da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), junto à Linha de Pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apresento a solicitação de Licença \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conforme normativas do PROFEI/Nacional e Regulamentações da Unifesspa. Conforme documento em anexo, comprovo o direito à licença a ocorrer no período de \_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) meses ou dias.

Marabá, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

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

Nome e assinatura da/o Mestranda/o

Anexos:

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