

Requerimento para acreditação de Atividades Complementares

Nome: _____	RA: _____	Termo: _____
Ano Ingresso: _____	Período: _____	CPF: _____ RG: _____
Email: _____	Tel: (____) _____	

Atividades	Horas Solicitadas	Eixo			Parecer do Professor
		I	II	III	

Legenda

Eixo I: Atividades de Extensão

Eixo II: Atividade de Orientação Acadêmica

Eixo III: Atividades Acadêmicas, Profissionais ou Artísticas

Parecer do Professor Responsável

Nome: _____	Horas acreditadas: _____
Assinatura: _____	Data: ____/____/____

Homologação da Comissão de Curso

Assin. do Coordenador(a): _____	Data: ____/____/____
---------------------------------	----------------------

Ciência do Estudante

Assinatura : _____	Data: ____/____/____
--------------------	----------------------

Atenção: O estudante deverá apresentar originais e cópias para serem autenticadas. Deverá comparecer a secretaria acadêmica para tomar ciência e/ou retirar os documentos.