|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Disciplina: | ATIVIDADES COMPLEMENTARES |
|  |  |

# RELATÓRIO DE COMPROVAÇÃO DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR

|  |
| --- |
| **Data(s) do(s) Evento(s): 20/04/2022** |
| **Horário(s) de sua participação: 10h** |
| **Quantidade de horas solicitadas:** *10h* |
| **Local do evento: Hemocentro São Lucas** |
| ***Orientações Gerais para elaboração do relatório***  **Doação de sangue no hemocentro São Lucas em Guarulhos.** |

|  |
| --- |
| **Quais os documentos que serão anexados?** |

