

**REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE  
ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE GRADUAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Curso: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_

DADOS GERAIS DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE GRADUAÇÃO					
	Atividade	Grupo	Carga Horária	Deferida	
				Sim	Não
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

\* Certificados devem estar na mesma ordem listada

\* Apresentar originais e cópias simples

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

**Para uso da Secretaria Acadêmica:**

Pedido recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_

Em caso de deferimento, pedido registrado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_

**Para uso da Coordenação do Curso:**

Justifica para os indeferimentos


Pedido analisado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome legível do(a) Coordenador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura / Carimbo (caso possua)