

**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)