REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR

ALUNO:

MATRÍCULA:

CURSO:

REQUER registro de Atividades Complementares abaixo especificadas.

ÁREA

( ) **Capacitação ou Qualificação**
( ) **Evento de natureza científica**
( ) **Atividade voluntária**

Tipo de atividade:

Carga horária: horas

Documentação comprobatória:

( ) Atestado
( ) Certificado
( ) Relatórios
( ) Ata
( ) Declaração
( ) Outros

Lucas do Rio Verde ,_____ de _____ de 20____

_____
Assinatura Acadêmico(a)

Validação do Coordenador do Curso

( ) **VÁLIDA** ( ) **NÃO VÁLIDA**

Lucas do Rio Verde-MT ,_____ de _____ de 20____

_____
Assinatura Coordenador(a)