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 ,_____ de _____ de 20____

_____
Assinatura Coordenador(a)