SOLICITAÇÃO DE CONVALIDAÇÃO E REGISTRO ACADÊMICO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES PELO ALUNO

Aluno: _____

Matrícula: _____

Curso: _____

Campus: _____

Venho, por meio deste, solicitar ao Departamento de Áreas Acadêmicas____, a convalidação e registro das atividades complementares abaixo relacionadas.
Segue em anexo, cópia da documentação referente.

ITEM (*)	**ATIVIDADE REALIZADA / DATA**	**TOTAL DE HORAS**	**TOTAL DE HORAS CORRESPONDENTES CONVALIDADAS NOS TERMOS DO ARTIGO 4º DO REGULAMENTO** (preenchimento exclusivo da coordenação)

(*) Conforme descrito no artigo 4º do regulamento

Data:____/____/_____

Assinatura do requerente: _____

A(s) cópia(s) confere(m) com o(s) original(ais)

_____

Assinatura do setor de protocolo

_____

Coordenador de Curso / Data