# 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) | | | Coordenador de Curso/Data |