

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