

SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR Nº

**INFORMAÇÕES DO DISCENTE**

NOME:	MATRÍCULA:	
CURSO: ( ) ADMINISTRAÇÃO ( ) DIREITO ( ) CIÊNCIAS CONTÁBEIS		
PERÍODO:	TURMA:	Fone:
ASS:	DATA: __/__/__	

**INFORMAÇÕES DA ATIVIDADE COMPLEMENTAR**

INSTITUIÇÃO	
ATIVIDADE	
CARGA HORÁRIA	
Obs. Para validação da atividade complementar é necessário anexar à solicitação, cópia do documento comprobatório, o qual ficará arquivado sob guarda do NPP.	

**ENQUADRAMENTO DA ATIVIDADE (NPP)**

SIM ( ) NÃO ( )	DATA:
OBS:	

**PARECER COORDENAÇÃO**

SIM ( ) NÃO ( )	DATA:
OBS:	

**PROTOCOLO ATIVIDADE COMPLEMENTAR Nº**

Nome \_\_\_\_\_  
 Período: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Atividade: \_\_\_\_\_  
 Carga Horária \_\_\_\_\_  
 Funcionário: \_\_\_\_\_