

SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR N°

INFORMAÇÕES DO DISCENTE

NOME:		MATRÍCULA:	
CURSO: () ADMINISTRAÇÃO		() DIREITO	
() CIÊNCIAS CONTÁBEIS		() PEDAGOGIA	
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 N°

Nome _____

Período: _____ Turma: _____ Data: _____

Atividade: _____

Carga Horária _____

Funcionário: _____