



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA CATARINENSE
CÂMPUS CONCÓRDIA

REQUERIMENTO PARA VALIDAÇÃO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Acadêmico(a):.....Nº matrícula:.....

Curso :.....Turma/fase.....

Data do requerimento:..... Ass. Acadêmico.....

Protocolo SRE nº:.....

Atividade complementar: () I - Ensino () II - Extensão () III – Pesquisa

Item:.....Carga Horária:..... Desc. Atividade:.....

.....

Parecer Justificativa: () Deferido () Indeferido

.....

.....

Carimbo Ass. Coordenador

Atividade complementar: () I - Ensino () II - Extensão () III – Pesquisa

Item:.....Carga Horária:..... Desc. Atividade:.....

.....

Parecer Justificativa: () Deferido () Indeferido

.....

.....

Carimbo Ass. Coordenador

Atividade complementar: () I - Ensino () II - Extensão () III – Pesquisa

Item:.....Carga Horária:..... Desc. Atividade:.....

.....

Parecer Justificativa: () Deferido () Indeferido

.....

.....

Carimbo Ass. Coordenador