



REQUERIMENTO PARA VALIDAÇÃO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Nome:		PROVÁVEL FORMANDO NESTE SEMESTRE () SIM () NÃO
Matrícula:		
E-mail:	Telefone:	
Currículo: () 471A () 98AZ (ingresso a partir de 2022)		

1) ATIVIDADE:	PARECER COORDENAÇÃO	
Horas:	() Defiro HORAS: _____	
Categoria:	Período:	() Indefiro
Nº Atividade:	Data Inclusão no Sistema:	Responsável:

2) ATIVIDADE:	PARECER COORDENAÇÃO	
Horas:	() Defiro HORAS: _____	
Categoria:	Período:	() Indefiro
Nº Atividade:	Data Inclusão no Sistema:	Responsável:

3) ATIVIDADE:	PARECER COORDENAÇÃO	
Horas:	() Defiro HORAS: _____	
Categoria:	Período:	() Indefiro
Nº Atividade:	Data Inclusão no Sistema:	Responsável:

4) ATIVIDADE:	PARECER COORDENAÇÃO	
Horas:	() Defiro HORAS: _____	
Categoria:	Período:	() Indefiro
Nº Atividade:	Data Inclusão no Sistema:	Responsável:

5) ATIVIDADE:	PARECER COORDENAÇÃO	
Horas:	() Defiro HORAS: _____	
Categoria:	Período:	() Indefiro
Nº Atividade:	Data Inclusão no Sistema:	Responsável:

NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO.	
Porto Alegre, _____ de _____ de _____.	_____
	Assinatura do Aluno

PARECER DA ESCOLA POLITÉCNICA	
OBS.:	
Porto Alegre, _____ de _____ de _____.	_____
	Coordenador das Atividades Complementares