  **SOLICITAÇÃO DE CONVALIDAÇÃO E DEFERIMENTO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

|  |
| --- |
| **Aluno(a): RA: Curso:**  |
| **CPF: RG: Data: Telefone:**  |

Prezado(a) coordenador(a), venho solicitar a V.Sa. convalidação das Atividades Complementares, relacionadas no quadro abaixo.

|  |
| --- |
| Declaro, para todos os fins de direito, que todas as atividades relacionadas foram realizadas por mim, das quais dou fé. |
| **Nº** | **Descrição da Atividade** | **Período / Local** | **Horas Requeridas** | **Horas Válidas** **Uso Exclusivo da Coordenação****logo FADMINAS - novo** |
| 01 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| **(ao terminar as linhas preencher outra ficha)**  | **Total de Horas**  |  |  |

 Deferido

 **Assinatura do Aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura Coordenador(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Indeferido