**FACULDADES UNIDAS DO VALE DO ARAGUAIA**
Rua Moreira Cabral. 1.000 – Setor Mariano
CEP: 78.600-000 – Barra do Garças – MT
Tel/Fax (66) 3401-1602 – Site: www.univar.edu.br

# FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES

**Ao Coordenador do Curso de _______________________________________________________ .**

Eu, ______________________________________________________________________________

matriculado (a) sob RA nº __________________, telefone (____)________________, e-mail _________________________________, venho requerer que sejam registradas, no histórico escolar, as horas referentes à(s) Atividade(s) Complementar(es), conforme indicado no campo abaixo, cuja cópia da documentação comprobatória pertinente segue anexada ao presente.

| **Categoria** | **Discriminação** | **C/H** | **Período de realização** |
|---|---|---|---|
| Exemplo: Ensino ou Pesquisa ou Extensão | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do Requerente

**PARA USO DO COORDENADOR DO CURSO**

Parecer do Coordenador do Curso:

_____

_____

_____

_____

_____

Total de horas: _____

_____,____ de _____ de _____

_____

Coordenador(a)

Recebimento em: _____/_____/_____

Visto: _____

Envio para a Secretaria em: _____/_____/_____

Visto: _____