

REQUERIMENTO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Ilmº Sr(a). _____ Coordenador(a) de Curso das
Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba – FARESC

Eu, _____ aluno(a)
regularmente matriculado(a) no _____º semestre, turma _____ do Curso de
_____, vem respeitosamente
encaminhar para a análise da Coordenação do Curso, a(s) fotocópia(s) dos documentos
anexados, com o intuito de justificar a equivalência nas Atividades Complementares,
referente ao _____º semestre do curso.

Telefone:	Celular:
e-mail:	

Descrição da solicitação, conforme indicação abaixo:

- Participação com aprovação em disciplinas diversas de seu currículo/curso de matrícula;
- Participação em eventos acadêmicos e/ou profissionais;
- Participação em programas e cursos de extensão. Participação em discussões temáticas;
- Participação em projetos de pesquisa e de iniciação científica. Exercício de monitoria;
- Vivência profissional;
- Realização de estágios não-curriculares (não-obrigatórios).
- Outros:

Nestes Termos
Solicita Deferimento

Curitiba, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Aluno(a)

Para uso exclusivo da Coordenação

Deferido Indeferido _____ horas a serem computadas para fins de registro,
conforme previsto no **Art. 3 da Res. Nº 008/2008 – CONSUP.**

Observação: _____

Assinatura do(a) Coordenador(a) _____ Curitiba, ____/____/____

Nome do aluno (a) _____

Atividades Complementares

Entregue em, ____/____/____