|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APROVEITAMENTO DE ATIVIDADES SUPERVISIONADAS | | | | | | | | | | | |
| **Requerente:** | | |  | | | | | | | | |
| **Nº Matrícula:** | | |  | | | | **CPF:** | |  | | |
| ***E-mail:*** | |  | | | | **Telefone:** | |  | | | | |
| **Nome do Orientador(a):** | | | |  | | | | | | | |
| **Solicito avaliação para aproveitamento de créditos das Atividades Supervisionadas, registradas abaixo, com comprovantes em anexo em PDF.** | | | | | | | | | | | |
| QTD. | DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE | | | | | | | | | CAMPO DESTINADO AO (A) ORIENTADOR (A) | |
| HORAS | CRÉDITOS |
| 1. |  | | | | | | | | |  |  |
| 2. |  | | | | | | | | |  |  |
| 3. |  | | | | | | | | |  |  |
| 4. |  | | | | | | | | |  |  |
| 5. |  | | | | | | | | |  |  |
| 6. |  | | | | | | | | |  |  |
| 7. |  | | | | | | | | |  |  |
| 8. |  | | | | | | | | |  |  |
| 9. |  | | | | | | | | |  |  |
| 10. |  | | | | | | | | |  |  |
| Total de Horas: | | | | | Total de créditos: | | | | | Nota: | |
| Data: | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |

* **DISCENTE: favor preencher o documento juntamente com seu orientador (a) para anexar este documento na abertura do processo de atividades complementares já com o parecer dele.**
* SÓ SERÃO REGISTRADAS AS ATIVIDADES COMPLETAS, OU SEJA, 2 CRÉDITOS (30 HORAS).