

PROTOCOLO: _____/20_____

Eu, _____aluno(a) regularmente matriculado na _____ série do Curso de Graduação em Enfermagem, RA _____, CPF _____, RG _____ venho requerer, com base no Regulamento das Atividades Complementares do Curso de Graduação em Enfermagem, da Escola Paulista de Enfermagem/Unifesp, o registro no meu Histórico Escolar, das atividades complementares.

Categorias das Atividades Complementares	Total de Atividades realizadas por categoria - Número de Atividades requeridas (não é necessário listar o nome das atividades)	Carga Horária Total solicitada por Categoria de Atividade Complementar
<input type="checkbox"/> I. Programas Institucionais e Projetos de Pesquisa:		
<input type="checkbox"/> II. Produção/Atividades Científicas:		
<input type="checkbox"/> III. Outras Atividades Científicas		
<input type="checkbox"/> IV. Atividades de Extensão:		
<input type="checkbox"/> V. Ligas Acadêmicas:		
<input type="checkbox"/> VI. Estágio Extracurricular:		
<input type="checkbox"/> VII. Atividades Acadêmico-Culturais:		
<input type="checkbox"/> VIII. Atividades de Voluntariado:		

Tipos de Documentos Anexados

- Certificado Declaração Comprovante de apresentação/frequência Projeto
 Relatório Primeira página da publicação Canhoto de bilhetes
 Outros: _____

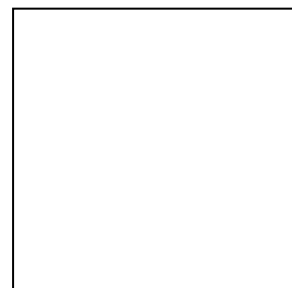
A ser preenchido pela Secretaria de Graduação

PROTOCOLO: _____/20_____

Recebemos de _____, matrícula nº _____

Requerimento para convalidação das Atividades Complementares

Recebido por: _____ Data: ____/____/____.



ANEXO 2 – REQUERIMENTO PARA CONVALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES [CONT.]

Nestes termos, peço deferimento.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do requerente

Telefone fixo (____) _____ Celular (____) _____ e-mail _____

Parecer da Comissão de Atividades Complementares:

Solicitação: Deferida Indeferida

Nº de horas validadas: _____ horas

Observações:

São Paulo, _____ de _____ de 201 _____

Nome do Avaliador: _____ Assinatura: _____

Comissão de Acompanhamento e Convalidação das Atividades Complementares

Homologação da Câmara de Graduação

Assinatura do Presidente da Câmara: _____ Data: ____/____/____

Atenção: O estudante deverá apresentar os originais e cópias dos documentos comprobatórios.