



FUNDAÇÃO DE ENSINO "EURÍPIDES SOARES DA ROCHA"

Mantenedora do Centro Universitário Eurípides de Marília – UNIVEM

Av. Hygino Muzzi Filho, 529 – Marília – SP – CEP 17525-901 – Fone (14) 2105-0833

REQUERIMENTO PARA VALIDAÇÃO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES DOS CURSOS DE ADMINISTRAÇÃO / CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Ilmo. Sr. Coordenador

Nome:		RA:	
Série:	Telefone:	E-mail:	
Linha de Formação: <input type="checkbox"/> Administração Geral <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Comércio Exterior <input type="checkbox"/> Análise de Sistemas <input type="checkbox"/> Ciências Contábeis			
Eu, aluno (a) do Curso de Administração de Empresas/Ciências Contábeis, venho respeitosamente, à presença de V. Sa. Requerer que seja registrado no meu histórico o(s) crédito(s) referente(s) a "Atividades Complementares", conforme atividade abaixo relacionada.			
Nome do Evento:			
Local:		Telefone:	
Período do Evento: De ___ / ___ / _____ até ___ / ___ / _____		Número de Horas do Evento: _____	
Tipo de Evento			
<input type="checkbox"/> Monitoria de disciplina	<input type="checkbox"/> Participação em visitas técnicas		
<input type="checkbox"/> Disciplina extracurricular	<input type="checkbox"/> Participação em cursos de extensão		
<input type="checkbox"/> Participação em programas de iniciação científica	<input type="checkbox"/> Participação em trabalhos voluntários		
<input type="checkbox"/> Publicação de trabalhos em revistas científicas	<input type="checkbox"/> Participação em palestras e/ou conferências		
<input type="checkbox"/> Elaboração de relatórios científicos	<input type="checkbox"/> Participação em seminários, simpósios, congressos, etc.		
<input type="checkbox"/> Apresentação de trabalhos em eventos científicos	<input type="checkbox"/> Projetos temáticos		
<input type="checkbox"/> Produção de material didático	<input type="checkbox"/> Outras: _____		
Tipo de documento anexo			
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Declaração	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Lista de frequência
<input type="checkbox"/> Projeto	<input type="checkbox"/> Relatório	<input type="checkbox"/> Publicação	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Nestes termos, pede deferimento.

Marília, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do Aluno(a)

Parecer do Professor: (se necessário) <input type="checkbox"/> Defiro <input type="checkbox"/> Indefiro Obs: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Parecer do Coordenador Adjunto de Atividades Complementares: <input type="checkbox"/> Ensino <input type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Outro: _____ Atribuir _____ horas. Marília, ____ de _____ de 200__. _____ Coordenador Adj. de Atividades Complementares dos Cursos de Administração/Ciências Contábeis De acordo, nos termos do parecer. Em ___ / ___ / _____. _____ Coordenador dos Cursos de Administração/Ciências Contábeis
--	--

Obs: _____

