

ATIVIDADES COMPLEMENTARES

REQUERIMENTO N°: _____

Nome:		CPF:	
Curso: () Técnico () Superior		Forma: () Integrada () Proeja () Subsequente () Parfor	
Nome do Curso:			
Ano de Ingresso:		Série/Semestre:	Turno:
Tel./Celular:		E-mail:	
Descrição da atividade		C.H.	C.H. Validada

Macapá, ____/____/____.

Assinatura do Aluno(a) ou Requerente

Assinatura do Servidor(a)

Atividades Complementares de Ensino	
Atividades Complementares de Extensão	
Atividades Complementares de Pesquisa	
Atividades Complementares de Administração no Campus ou Reitoria do IFAP	
Atividades Complementares mista de Ensino, Pesquisa, Extensão e/ou Administração do IFAP	
TOTAL DE HORAS VALIDADAS	

PARECER: () DEFERIDO () DEFERIDO PARCIALMENTE () INDEFERIDO

Justificativa:

Carimbo/Assinatura:

Macapá, ____/____/____.