

## REQUERIMENTO DE INTEGRALIZAÇÃO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

**O(A) ALUNO(A) ABAIXO DISCRIMINADO(A)**

|           |         |                           |      |
|-----------|---------|---------------------------|------|
| NOME:     |         | Nº DE REGISTRO            |      |
| CURSO     |         | FORMA DE INGRESSO NA UFMG |      |
| ENDEREÇO: |         | Nº:                       | APT. |
| BAIRRO:   | CIDADE: | UF:                       | CEP: |
| TELEFONE: |         |                           |      |

**REQUER DISPENSA DA ATIVIDADE (reservado ao aluno):**

CÓDIGO/DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

Semestre de Referência/Ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Data/período de realização da atividade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Projeto/Atividade/Empresa:

Nome do Orientador:

**DOCUMENTAÇÃO ANEXA**

- Ficha de Avaliação preenchida pelo supervisor
- Relatório Final elaborado pelo discente e aprovado pelo orientador
- Certificado
- Ficha/documento de inscrição para atividade a ser realizada

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura do Aluno

**RESERVADO AO ORIENTADOR DO PROJETO/ATIVIDADE:**

Nota atribuída ao discente pela participação do Projeto/Atividade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura do Orientador com Carimbo

**DECISÃO DO COLEGIADO**

DEFERIDO

INDEFERIDO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura do Coordenador do Colegiado

**RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO / COLEGIADO**

- REGISTRADO NO SISTEMA EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Chefe da Seção de Ensino / Secretário(a) do Colegiado

Form. SCG-04/Rev. 14 de agosto de 2019

**RECIBO**

O(A) ALUNO(A) \_\_\_\_\_ PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE INTEGRALIZAÇÃO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES REFERENTE AO PROJETO / ATIVIDADE:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_ NOME LEGÍVEL DO (A) FUNCIONÁRIO(A) DO COLEGIADO