**SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo:  | [ ] |
| Matrícula: | [ ] | Orientador(a): | [ ] |

**Solicito avaliação para aproveitamento de créditos das Atividades Supervisionadas, registradas abaixo, com comprovantes em anexo em PDF.**

Observações:

1. O discente deve enviar para o e-mail do Programa o formulário preenchido e os certificados/declarações das atividades em PDF;
2. Observar na Relação das Atividades Complementares as atividades que possuem validade, respeitando sua carga horária máxima;
3. Serão deferidas atividades que possuírem data de realização a partir do ingresso do estudante no mestrado, exceto para disciplinas cursadas em outro PPGSS;
4. Somente protocolar a solicitação na secretaria quando tiver completado as 60 horas;
5. O estudante deve completar suas atividades até a data de solicitação da banca de defesa de dissertação.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE  | LOCAL EM QUE FOI REALIZADA | CH | DATA |
| 1. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 2. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 3. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 4. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 5. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 6. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 7. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 8. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 9. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 10. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Assinatura do(a) Requerente:* | *Data:* [ ] |

 ***\*Pode ser inserido Assinatura Digital. Clicar no Local e inserir assinatura digital.***