



INSTITUTO FEDERAL

Paraná
Campus Irati



Ministério da Educação

Protocolo nº

/

Instituto Federal do Paraná - Campus Irati
Curso Superior de Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas

Requerimento para solicitação de validação das horas de Atividades Complementares de Graduação.

À Comissão de Avaliação de Atividades Complementares

Eu _____, aluno regularmente matriculado no ___ período do curso superior de **Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas**, em atendimento ao disposto no Projeto Pedagógico do supracitado curso, venho respeitosamente **REQUERER** a validação, o cômputo e registro de horas como Atividade Complementar de Graduação (ACG). Segue anexo, os documentos originais, com cópia para ser autenticada e posterior apreciação por essa comissão.

Nestes termos, pede deferimento

Atenciosamente,

Irati, ____/____/____.

Assinatura do Aluno

Para uso Exclusivo da Comissão de Avaliação de Atividades Complementares - Não Preencher:

Total de horas deferidas para o grupo 01 (Atividades de Ensino): _____

Total de horas deferidas para o grupo 02 (Atividades de Extensão Social, Cultural e Comunitária): _____

Total de horas deferidas para o grupo 03 (Atividades de Pesquisa): _____

Total de horas deferidas para o grupo 04 (Atividades de Prática Profissional): _____

Membro 1

Membro 2

Coordenador de Atividades Complementares

Observações:

1 – Os alunos poderão solicitar a convalidação de atividades complementares no período de 60 (sessenta) dias após o início do semestre letivo e 60 (sessenta) dias antes de seu encerramento.

2 – Esta solicitação, bem como os documentos originais (e suas respectivas cópias), deverão ser entregues para o Coordenador de Atividades Complementares. Após a apreciação por parte da comissão de avaliação, os documentos originais serão devolvidos ao aluno.

3 – Os alunos deverão preencher esta solicitação a cada semestre, para acompanhamento da carga horária desenvolvida. **4** - Os estudantes com ingresso no curso por transferência deverão comprovar a carga horária das atividades complementares realizadas no curso de origem.

Data de Registro no Sistema: ____/____/____

Requerimento para solicitação de validação das horas de Atividades Complementares de Graduação.

PROTOCOLO Nº ____/____/____ **DATA** ____/____/____

REQUERENTE: _____ **REG. ACADÊMICO:** _____