REQUERIMENTO
Atividades Complementares

NÚMERO DE MATRÍCULA

NOME COMPLETO DO REQUERENTE

E-MAIL

CURSO

( ) Bacharelado em Musicoterapia ( ) Bacharelado em Teologia ( ) Licenciatura em Música

Venho através deste, requerer a avaliação de atividades desenvolvidas, conforme documentação em anexo, para validação como Atividades Acadêmicas Complementares.

Declaro aceitar as normas e disposições do Regulamento das Atividades Complementares da Faculdades EST, além de estar ciente de que as atividades desenvolvidas para fins de validação devem ser realizadas durante o período de realização do curso.

Após protocolado o pedido, o prazo para avaliação e registro será de até 60 dias. O registro será efetivado somente após avaliação e deferimento da coordenação de curso.

Data: _____/_____/_____ Assinatura: _____

SECRETARIA ACADÊMICA

Recebido em: ____/____/____ Protocolo Nº: _____ Nº de anexos:_____

Encaminhado para análise em: ____/____/____ Devolvido à Secretaria em: ____/____/____

Responsável pela análise: _____ Data de registro: ____/____/____

São Leopoldo, ____/____/____ Assinatura da Secretaria:_____