



Formulário para Solicitação de Validação de Atividades Complementares

Curso: Medicina Veterinária

Matrícula: _____

Nome: _____

Preencher o formulário com todas as Atividades Complementares a serem validadas e anexar os comprovantes originais ou autenticados na ordem apresentada.

Nº	Título/ Nome do Documento	Carga horária
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Assumo a responsabilidade sobre as informações prestadas e documentos entregues, bem como todas as sanções cabíveis decorrentes da sua não veracidade.

Data: __/__/____

Aluno

Recebido: __/__/____

Secretaria Acadêmica



Formulário para Solicitação de Validação de Atividades Complementares

Parecer da Comissão de Avaliação dos Pedidos de Validação de Atividades Complementares

Disciplina a Validar	Validação	
	Total	Parcial

Observações:

Comissão: Carine Lisete Glienke - Presidente
Sandra Arenhart
Manoela de Leon Nobrega Reses

Data: ____/____/____
