**ANEXO B**

**REQUERIMENTO DE CONTAGEM E REGISTRO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acadêmico do \_\_\_\_ período do Curso de Enfermagem do Campus Centro-Oeste da Universidade Federal de São João Del-Rei, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, entrada no curso no ano de \_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ semestre, venho requerer a contagem das atividades complementares para fins de integralização da carga horária do curso, devidamente comprovada por documentação apresentada.

Divinópolis,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Linha** | **Modalidade** | **Título atividade** | **Data de realização** | **Carga horária requerida** | **Carga horária aprovada CAAC** |
| 1 | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  |  |  |  |
| 2 | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  |  |  |  |
| 3 | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  |  |  |  |
| 4 | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  |  |  |  |
| 5 | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  |  |  |  |