**ANEXO C**

**SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DA CONTAGEM DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acadêmico do Curso de Enfermagem do Campus Centro-Oeste da Universidade Federal de São João Del-Rei, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito revisão da contagem das atividades complementares, nas atividades identificadas abaixo. Divinópolis, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_. **Assinatura Acadêmico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATENÇÃO PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS DE 1 A 4. OS CAMPOS 5 E 6 SÃO DE PREENCHIMENTO DA CAAC

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1) Atividade****Página (linha)1** | **2) Modalidade****Especificada pela CAAC** | **3) Título atividade** (título da atividade que consta no certificado) | **4) Fundamentação da solicitação da revisão2** | **5) Avaliação CAAC** |
|  | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  | . | ( ) Deferido ( ) Indeferido**Acrescentar**( ) Ensino \_\_\_\_\_\_\_\_ horas( ) Pesquisa/ Extensão \_\_\_\_\_\_\_\_ horas |
|  | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  | . | ( ) Deferido ( ) Indeferido**Acrescentar**( ) Ensino \_\_\_\_\_\_\_\_ horas( ) Pesquisa/ Extensão \_\_\_\_\_\_\_\_ horas |
|  | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  | . | ( ) Deferido ( ) Indeferido**Acrescentar**( ) Ensino \_\_\_\_\_\_\_\_ horas( ) Pesquisa/ Extensão \_\_\_\_\_\_\_\_ horas |
|  | ( ) Ensino( ) Pesquisa/ Extensão |  | . | ( ) Deferido ( ) Indeferido**Acrescentar**( ) Ensino \_\_\_\_\_\_\_\_ horas( ) Pesquisa/ Extensão \_\_\_\_\_\_\_\_ horas |

1Identificar a página do requerimento aonde consta a atividade e a respectiva linha. 2Baseada no regulamento de avaliação das atividades complementares.

**6) Carga horária final**: ( ) Ensino ( ) Pesquisa/Extensão ( ) TOTAL