

ANEXO C

RECURSO DA CONTAGEM DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Eu _____, acadêmico do Curso de Farmácia 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 2013. **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 revisão ²	5) Avaliação CAAC
	() Ensino () Pesquisa () Extensão			() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas
	() Ensino () Pesquisa () Extensão			() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas
	() Ensino () Pesquisa () Extensão			() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas
	() Ensino () Pesquisa () Extensão			() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas
	() Ensino () Pesquisa () Extensão			() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas

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

Carga horária final: () Ensino () Pesquisa () Extensão () TOTAL
--