

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**CURSO DE BACHARELADO EM BIOMEDICINA**

**CENTRO DE BIOCIÊNCIAS**

**E-mail: biomedicinacoord.ufpe@gmail.com**

**Rua Nelson Chaves, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-420**

**Telefones: (081) 2126-8356/ (081) 2126-8868**

**PRÓ REITORIA PARA ASSUNTOS ACADÊMICOS (PROACAD)**

**Requerimento de Dispensa de Atividade Complementar**

**Nome do(a) Requerente Sexo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **M** | **F** |

**E-mail Telefone fixo [c/DDD]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CPF Celular [c/DDD] Período**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Atenção para algumas orientações ao preencher:**

**① Ficar atento às atividades complementares colegiadas (disponível na escolaridade);**

**② Preencher o formulário NO COMPUTADOR, OU MANUSCRITO COM LETRA DE FORMA;**

**③ Quando for anexar os documentos favor SEGUIR A ORDEM DA DESCRIÇÃO e ENUMERAR OS SEUS DOCUMENTOS de acordo com numeração de cada documento descrito na tabela;**

**④ NÃO VAMOS ACEITAR material FORA DE ORDEM e sem a numeração. Favor trazer o material original para conferência e consequente autenticação.**

**⑤ Deixar toda documentação física (incluindo o formulário) na Escolaridade do Centro e assinar o livro ata para fazer o registro de entrega.**

**⑥ Salvar em PDF APENAS as atividades complementares SEPARADAMENTE da Ficha de Requerimento;**

**⑦ Encaminhar os dois arquivos, o formulário (WORD) e os documentos comprobatórios (PDF - TODOS JUNTOS, ENUMERADOS E NA ORDEM DO FORMULÁRIO), para o email institucional do nosso Curso. Após a aprovação do curso deixar a cópia na escolaridade.**

**⑧ No ASSUNTO DO EMAIL colocar EM LETRA DE FORMA: ATIVIDADE COMPLEMENTAR – SEU NOME (*PRIMEIRO E ÚLTIMO*): EX:ATIVIDADE COMPLEMENTAR - PEDRO SILVA) .**

**Vem Requerer dispensa de atividade complementar:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número Doc** | **ATIVIDADE** | **DATA INICIAL/FINAL** | **PROFESSOR RESPONSÁVEL** | **DEPARTAMENTO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **Carga Horária Total Aproveitada:**

**Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Assinatura do Requerente ou Representante Legal***