



ANEXO II

REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO E CONTAGEM DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DO MUCURI

Requerimento nº _____/20_____
(uso exclusivo da Comissão de Atividades
Complementares)

Eu, _____, discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Mucuri, matrícula nº _____, e-mail _____, venho requerer a avaliação e contagem das minhas horas de atividades complementares para integralização da carga horária do Curso de Medicina, com colação de grau prevista para o () primeiro/ () segundo semestre de 20____.

A documentação entregue está em conformidade com a Instrução Normativa nº 02/2017 do Colegiado do Curso de Medicina. Estou ciente que o descumprimento das Instruções para Elaboração do Relatório de Atividades Complementares poderá acarretar a invalidação do documento.

Teófilo Otoni – MG, _____ de _____ de 20____.

Discente

Recebido em:

_____/_____/_____
