



**INSCRIÇÃO PARA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES - IAAC
DO CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

preencher os campos abaixo, exceto aqueles indicados “PREENCHIMENTO PELA CPAAC”

Nº (PREENCHIMENTO PELA CPAAC) _____
REALIZADAS NO PERÍODO DE:
_____/_____
SEMESTRE/ANO DE INGRESSO NO CURSO
_____/_____
SEMESTRE/ANO DA COLAÇÃO DE GRAU

Eu, _____

discente do curso de BC&T, número de matrícula _____,

email _____ e cel.: (_____) _____

SOLICITO a avaliação e registro das minhas HORAS DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES, uma vez que pretendo colar grau nesse (____) PRIMEIRO / (____) SEGUNDO SEMESTRE DO ANO 201____.

Declaro que estou ciente:

- I. COMPREENDI E CUMPRI TODOS OS TERMOS da Resolução sobre Atividades Complementares do CONSEPE bem como COMPREENDI E CUMPRI TODOS OS TERMOS da Resolução Nº 8 do Colegiado de Curso – Alteração da Resolução de Atividades Complementares;
- II. que o docente responsável pela avaliação e registro das minhas atividades complementares é o(a) Professor(a) (PREENCHIMENTO PELA CPAAC) _____ e-mail (PREENCHIMENTO PELA CPAAC) _____.
- III. que no período do dia de hoje até o dia ____/____/ 201____ (data de comunicação à Presidência da CPAAC do resultado da primeira avaliação - PARCIAL) terei de ter sido(a) convocado(a) pelo(a) docente identificado(a) acima PELO MENOS uma vez.
- IV. que no período do dia de hoje até o dia ____/____/ 201____ (data de comunicação à Presidência da CPAAC do resultado da segunda avaliação - FINAL) terei de ter sido(a) convocado(a) pelo(a) docente identificado(a) acima PELO MENOS duas vezes.
- V. QUE, NOS TERMOS DO ARTIGO 76 DO REGULAMENTO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UFVJM, CASO ATINJA MENOS DE 40 HORAS DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES NOS DOIS PERÍODOS ACIMA NÃO TEREI DIREITO À EXAME ESPECIAL.

LI, COMPREENDI, CONCORDO COM TODO O CONTEÚDO DESSE DOCUMENTO E ASSINO ASSUMINDO TODAS AS RESPONSABILIDADES RESULTANTES DESSE ATO.

Teófilo Otoni, _____ de _____ de 201_____.

Assinatura: _____

Nome:

ENTREGAR EM DUAS VIAS – UMA VIA DA CPAAC – OUTRA DO DISCENTE



**INSCRIÇÃO PARA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES - IAAC
DO CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

preencher os campos abaixo, exceto aqueles indicados “PREENCHIMENTO PELA CPAAC”

RECIBO PARA O PROFESSOR

Entregar uma única via

Para o docente: Prof(a)

Preencher de próprio punho no momento da entrega com o NOME LEGÍVEL do docente

A Presidência da CPAAC informa que o(a) Professor(a):

I. ficou responsável pela avaliação e registro das atividades complementares do discente:

Nome legível

Nº de matrícula

Email e cel

II. deverá entregar dois relatórios informando o andamento do registro das atividades complementares dos discentes sob sua responsabilidade nas seguintes datas:

1º Relatório (PARCIAL): ____/____/201____.

2º Relatório (FINAL): ____/____/201____.

RECIBO PARA A PRESIDÊNCIA DA CPAAC

(PREENCHIMENTO PELA CPAAC)

Recebido e ciente em: ____/____/201____.

Assinatura:-

Prof(a).: (Nome legível)
