Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Porto Alegre
Coordenadoria de Gestão de Ensino

Nome*: _____ __Matrícula*:_____/ _____ - _____

Telefone*: _____ _____E-mail *: _____

Curso*:_____ Ingresso:_____

Data de Solicitação: _____

* Preenchimento obrigatório

Requer a Validação das seguintes Atividades Complementares:

			Preenchimento da Coordenação do Curso		
Categoria	Descrição de Atividade	Período de Realização	Horas Realizadas	Horas Aproveitadas	Observações

Total: _____

Data de Validação:___/____/____

_____
Assinatura da Coordenação do Curso

_____
Assinatura do aluno requerente