UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

**Ficha de Registro de Atividades Complementares**

Nome do/a estudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Descrição da Atividade** | **Carga Horária** | **GRUPO DA ATIVIDADE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total de horas:** |  |

Rio Branco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

Solicito que as atividades acima listadas, acompanhadas da devida comprovação, sejam avaliadas para efeito de validação de horas complementares.

Assinatura do/a estudante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Protocolo de recebimento / Secretaria do Curso de Ciências Sociais:**

Data de recebimento e conferência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ - Assinatura Secretaria de Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_