

REGISTRO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Nome do aluno	Matrícula
E-mail	Telefone

Requer o registro das atividades complementares a seguir discriminadas, conforme Resolução nº 01/2004 do Colegiado do Curso de Administração. Para a devida instrução processual, segue em anexo a documentação comprobatória das referidas atividades.

Atividades	Atividade Equivalente	Código	Carga horária

Natal, ____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno

HOMOLOGAÇÃO DA COMISSÃO AVALIADORA, designada pela Portaria nº ____/____/DEPAD
Certificamos que as atividades acima relacionadas foram aceitas conforme a Resolução nº 01/2004 do Colegiado do Curso de Administração.

Natal, ____ de _____ de _____.

