

ASSUNTO: ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Ao Departamento de _____

Solicito que seja encaminhado ao meu Colegiado de Curso este pedido de conversão em Atividades Complementares dos eventos que participei, conforme documentação anexa.

Nome: _____ CPF: _____

Matrícula: _____ Curso: _____

Fone (s) _____ E-mail (em letra de forma): _____

Declaro que assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas, especialmente quanto à veracidade e à autenticidade das cópias de documentos apresentadas neste processo administrativo.

Estou ciente de que os originais desta solicitação e dos demais documentos devem ficar em minha posse e poderão ser requeridos, a qualquer tempo, pela Pró-Reitoria de Graduação, podendo os atos praticados pela UFS em decorrência deste processo serem anulados caso não seja atendida a solicitação ou se, mesmo atendida, seja verificada qualquer falha na autenticidade ou veracidade das informações.

E por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente solicitação.

Em ____/____/____.

ASSINATURA DO DISCENTE

(Igual à do documento de identidade apresentado)

Este requerimento, o documento de identidade e a documentação que julgar necessária devem ser enviados, NESTA ORDEM E EM ARQUIVO PDF ÚNICO, para semop@academico.ufs.br. A tramitação do processo deve ser acompanhada em www.sipac.ufs.br.