CONTROLE SEMESTRAL DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES
FICHA INDIVIDUAL PARA CONTROLE DE REGISTRO

Nome do Acadêmico:	Curso:	Matrícula:	Período:	Turma:	Semestre:

ATIVIDADES REALIZADAS

Data do Certificado	**Descrição da Atividade** (congresso, curso de extensão, iniciação científica, outras atividades)	**Quantidade de Horas Expressas no Certificado**	**Horas Validadas** (a ser preenchido pela Coordenação de Curso)
____/____/20____			
____/____/20____			
____/____/20____			
____/____/20____			
____/____/20____			
____/____/20____			
____/____/20____			
____/____/20____			
____/____/20____			
		TOTAL DE HORAS ACUMULADAS	

DECLARO estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Direção Acadêmica desta Instituição de Ensino Superior, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento do(s) Certificado(s) apresentados neste documento, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

Ituiutaba/MG,_____/____/20_____

Assinatura do(a) Acadêmico(a)

Após avaliação do(s) certificado(s) apresentado(s) pelo(a) acadêmico(a) acima descrito, a Coordenação de Curso faz à validação de _____ horas complementares, referente ao semestre 20__/__, em conformidade com o Regulamento de Atividades Complementares.

Ituiutaba/MG,_____/____/20

Assinatura do Coordenador de Curso