UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CENTRAL ÚNICA DE ATENDIMENTO ÀS GRADUAÇÕES
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO/UFMG

REQUERIMENTO PARA APROVEITAMETO DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR GERADORA DE CRÉDITO

VIVÊNCIA PROFISSIONAL COMPLEMENTAR

SEMESTRE:	ANO:	CURSO:	TURNO: ☐ Diurno ☐ Noturno
NOME DO(A) ALUNO(A):			MATRÍCULA:
E-MAIL:			TELEFONE:
ASSINATURA:			____ / ____ / _____ DATA

ATIVIDADE REALIZADA

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

CARGA HORÁRIA:

NOME DA INSTITUIÇÃO:

LOCAL:

PROFESSOR RESPONSÁVEL:

ATIVIDADE EQUIVALENTE

CÓDIGO: ECI - _____	ATIVIDADE: Vivência Profissional Complementar A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

RESERVADO AOS COORDENADORES DE CURSO

☐ Deferido

☐ Indeferido

_____/_____/_____
DATA

_____
COORDENADOR(A)