



UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES – URI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA



MODELO DE FORMULÁRIO PARA O REQUERIMENTO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Instruções: esta ficha deverá ser preenchida e assinada pelo aluno responsável que está pleiteando o reconhecimento de Atividades Complementares e entregue na Coordenação do Curso e também enviada por via eletrônica para (fisioterapia@uri.com.br).

Requerimento de validação das Atividades Complementares

Prezado(a)
Coordenador(a).

Venho requerer a validação das Atividades Complementares conforme as informações contidas no formulário seguinte, acompanhado dos documentos comprobatórios anexos. Declaro estar ciente das normas que regulamentam as Atividades Complementares no âmbito da URI e serem verdadeiras as informações aqui apresentadas.

Nome: _____
Assinatura _____ Local/Data: _____

Nome do aluno:		Código do Siesc:		
Ano/Semestre de Validação:				
Área da Atividade: (pesquisa, ensino, extensão, órgãos colegiados)	Descrição	C/H	Data	Local

Instruções de preenchimento:

1. Elencar as atividades em ordem cronológica ascendente (da mais antiga, para a mais nova).
2. Para o correto preenchimento da planilha, o aluno deve consultar a Tabela de pontuação e categorização das Atividades Complementares do Curso de Bacharelado em Fisioterapia.
3. Erros de digitação devem ser evitados, pois não serão revisados e é de responsabilidade do requerente o seu correto preenchimento.
4. Utilizar quantas linhas for necessário para contemplar o período corresponde à solicitação.
5. Todos os documentos comprobatórios devem ser entregues na mesma ordem cronológica ascendente na Coordenação do Curso.