



APÊNDICE 2

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR

À Comissão de Atividades Complementares (CAC)
Curso de Farmácia da UNIFESP.

Em cumprimento ao Regulamento CCF nº04/2015, eu, _____,
discente do Curso de Farmácia, matriculado sob nº _____, telefone _____,
e-mail _____, solicito que seja(m) analisada(s) as documentações
anexas referentes ao cumprimento das Atividades Complementares do referido Curso.

CATEGORIA DA ATIVIDADE	<input type="text"/>	Utilizar códigos do Apêndice 1 do Regulamento supracitado.
HORAS SOLICITADAS	<input type="text"/>	
NOME DO EVENTO OU ATIVIDADE	<input type="text"/>	

Nestes termos pede deferimento,

Assinatura do Solicitante: _____ . Local: _____ . Data: ____/____/____

PARECER DA COMISSÃO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Nº de horas Concedidas: _____ horas. Data: ____/____/____	PARECER (se necessário): <hr/> Comissão de Atividades Complementares
---	---