**SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE GRADUAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME ALUNO(A): |  |
| N⁰ USP |  | DATA TÉRMINO CURSO: |  |
| TELEFONE- CELULAR: |  |
| EMAIL: |  |

***ELENCAR EM ORDEM CRESCENTE DE DATA AS CÓPIAS DOS COMPROVANTES DAS ATIVIDADES ANTES DE RELACIONÁ-LAS***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA/PERÍODO DE REALIZAÇÃO** | **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE (CONFORME A TABELA DA CG/FDRP)** | **N⁰ DE HORAS DA ATIVIDADE** | **N⁰ DE HORAS CONVERTIDAS****(PREENCHIMENTO****PELO RELATOR)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| DATA: / /\_  | TOTAL DE HORAS CONVERTIDAS |  |  |

***DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE AS ATIVIDADES AQUI RELACIONADAS NÃO FORAM APRESENTADAS À CPq E À CCEx***

VISTO DO(A) ALUNO(A)

*DESCREVA ABAIXO COMO ESTAS ATIVIDADES RELACIONADAS ACIMA CONTRIBUIRAM PARA SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA:*

 \_

**ASSINATURA DO (A) ALUNO (A) NOME/ASSINATURA DO (A) RELATOR (A)**

|  |  |
| --- | --- |
| PARECER DO (A) RELATOR (A)( ) FAVORÁVEL ( ) DESFAVORÁVEL | NO CASO DO PARECER DESFAVORÁVEL, JUSTIFICAR: |
| DECISÃO DA CG( ) FAVORÁVEL ( ) DESFAVORÁVEL | NO CASO DO PARECER DESFAVORÁVEL, JUSTIFICAR: |