



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos Termos da Lei n 5.152, de 21/10/1966
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

REQUERIMENTO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Aluno(a): _____	Protocolo (uso da coordenação)
Matrícula: _____	
Endereço: _____	
Telefone: _____ e-mail: _____	

Sr. Coordenador do Curso de Ciências Contábeis

Eu, _____
aluno(a) regularmente matriculado(a) sob o nº _____, _____º semestre, do Curso de Ciências Contábeis - Campus São Luis/MA, vem respeitosamente encaminhar para a análise, a ficha individual de registro das atividades complementares e a(s) fotocópia(s) dos documentos anexados, com o intuito de justificar a equivalência nas atividades complementares, conforme estabelece a Matriz Curricular do Curso e RESOLUÇÃO Nº 1.175-CONSEPE, 21 de julho de 2014.

Assinatura do Aluno

USO EXCLUSIVO DO COORDENADOR DO CURSO

() Deferido () Indeferido _____ horas a serem computadas para fins de registro de atividades complementares.

Observações:

Coordenador(a) do Curso de Ciências Contábeis

