Piracicaba, \_\_ de outubro de 2019

**À**

**Coordenação do Curso de Graduação em Administração**

**Ref.: Requerimento para solicitação de validação das horas de Atividades Complementares**

Eu**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**Registro Acadêmico nº \_\_\_\_\_\_\_\_), em atendimento ao disposto na Resolução nº 32/15, do Conselho Universitário, datada de 25 de março de 2015, venho **REQUERER** a validação, o cômputo e o registro de horas como Atividade Complementar de Graduação no Curso de Graduação em Administração, tendo em vista o cumprimento de um total de **68** horas.

Para tanto, informo que:

1) tomei conhecimento e providenciei o atendimento das disposições da referida normativa, disponível no link <http://unimep.edu.br/administracao/UNIMEPATIVIDADESCOMPLEMENTARES.pdf>

2) a composição da pontuação para cumprimento das **68 horas** destas minhas atividades está distribuída preferencialmente entre atividades diferenciadas e pertencentes, pelo menos, a duas categorias das três existentes, tendo como referência a Tabela 1, constante como Anexo ao link indicado no item 1, acima;

3) os documentos anexos ao protocolo deste processo (**cópias**), datados do período correspondente ao qual fui discente no curso, estão entregues, de maneira organizada, em envelope, com identificação externa de meu nome, ficando a Coordenação do Curso desobrigada de providenciar a sua guarda, por qualquer tempo, assim como sua respectiva devolução;

4) responsabilizo-me pela veracidade dos documentos e informações prestadas, que servirão como referência para a Coordenação do Curso providenciar respectivos encaminhamentos;

5) apresento duas vias deste Requerimento, para que uma seja minha, como comprovante de entrega.

Nestes Termos, pede Deferimento, aguardando um retorno com prazo de 20 dias a partir desta entrega.

Atenciosamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DA SECRETARIA DA FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** \_\_/10/2019  **Horário:** | Assinatura |

**PARECER PARA VALIDAÇÃO DE HORAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** \_\_/10/2019  **Documentação em acordo com condições estabelecidas:**  ( ) Sim ( ) Não  **Pedido deferido:** ( ) Sim ( ) Não | Prof. Carlos Alberto Zem  Coordenação do Curso |