CONTROLE DE PRESENÇA DA AACC E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA

MESTRANDO:	
RG:	
LOCAL/SETOR DA AACC:	
PERÍODO:____/____/____A____/____/___	**CARGA HORÁRIA:**

ATENÇÃO: Este controle/descrição das atividades, bem como a avaliação do responsável pela AACC deverão ser entregues na Secretaria do Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento" assim que a AACC for concluída para que seja feita a homologação dos créditos.

Data	Horário (início/término)	CH	Atividade	Ass. do estudante	Ass. do responsável pela atividade