REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADE ACADÊMICA/CIENTÍFICA COMPLEMENTAR (AACC)

MESTRANDO:	
RG:	
LOCAL/SETOR DA AACC:	
PERÍODO: ____/____/____ A ____/____/____	**CARGA HORÁRIA:**
ENDEREÇO (COMPLETO):	
TELEFONE: ( )	
RESPONSÁVEL PELA AACC:	
OBJETIVO DA AACC:	
DESCRIÇÃO DAS TAREFAS QUE SERÃO REALIZADAS:	

_____

Data e Assinatura do Discente Solicitante

Av. Monte Carmelo, 800, Fragata – CEP: 17.519-030 Marília - SP
Fone: (14) 3402 1872 – Email: mestradoacademicofamema@gmail.com

De acordo, **_____** **Carimbo e Assinatura do(a) Orientador(a)** **Data: ____/____/20____**	**De acordo,** **_____** **Carimbo e Assinatura do(a) Orientador(a)** **Data: ____/____/20____**	**De acordo,** **_____** **Carimbo e Assinatura do(a) Orientador(a)** **Data: ____/____/20____**

RESERVADO AO CONSELHO DO MESTRADO ACADÊMICO "SAÚDE E ENVELHECIMENTO"	
DATA DA REUNIÃO:	
PARECER:	
( ) APROVADO	**( ) REPROVADO**

_____
Data e Assinatura do Coordenador do Programa

Av. Monte Carmelo, 800, Fragata – CEP: 17.519-030 Marília - SP
Fone: (14) 3402 1872 – Email: mestradoacademicofamema@gmail.com