



SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



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

PÓS-GRADUANDO(A):	
RG:	
LOCAL/SETOR DA AACC:	
PERÍODO:	CARGA HORÁRIA:
ENDEREÇO (completo):	
TELEFONE: ()	
RESPONSÁVEL PELA AACC:	
OBJETIVO DA AACC:	
DESCRIÇÃO DAS TAREFAS QUE SERÃO REALIZADAS (Plano de Atividades):	

*revisão fevereiro de 2025.

Data e assinatura do Solicitante

De acordo, _____ Assinatura Orientador(a) Data: ____/____/20____	De acordo, _____ Assinatura Responsável pela AACC Data: ____/____/20____
--	--

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO

Av. Monte Carmelo, nº 800 - Marília - SP - CEP 17519-030

Tel.: (14) 3311-2828 - E-mail: ppgsaudeenvelhecimento@famema.sp.gov.br



Tel.: (14) 3311-2828 – E-mail: ppgsaudeenvelhecimento@famema.sp.gov.br