## Requerimento de atividades complementares e de extensão

**Fundação Universidade Federal de Rondônia**

Núcleo de Saúde Departamento de Medicina

Eu , matrícula , acadêmico(a) do curso de Medicina, solicito a validação de horas1 das *Atividades Complementares e de Extensão (ACE)* por mim realizadas. Entrego em anexo a este documento cópias dos certiﬁcados comprobatórios.

Obs.: 1) Entregar os certiﬁcados paginados sequencialmente. 2) Mínimo de 200 horas de ACE como requisito para a integralização curricular.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº da página** | **Atividade** | **Participação** | **Local** | **Período** | **Carga Horária** | **Parecer do professor tutor** | |
|  |  |  |  |  |  | **Deferido** | **Indeferido** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Professor tutor responsável pela análise das ACE Data:

1 Total de horas solicitadas pelo aluno