



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI – UFCA
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

Campus Barbalha-CE CEP: 63.180-000 – Rua Divino Salvador, 284 – Rosário.
Contato: medicina.famed@ufca.edu.br / 88-3221.9601



SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Regulado pela Resolução nº 25/CONSUP de 26 de agosto de 2015.

São consideradas atividades complementares aquelas ações distribuídas entre os seguintes grupos:

I - Atividades de iniciação à docência e outras ligadas ao ensino; **II** - Atividades de iniciação científica, produção técnica e/ou científica; **III** - Atividades de extensão; **IV** - Atividades de participação e organização de eventos, tais como: participação em eventos internos e externos à instituição de educação superior, semanas acadêmicas, congressos, seminários, palestras, conferências, atividades artístico-culturais e esportivas; **V** - Experiências ligadas à formação profissional e/ou correlatas, inclusive estágio não obrigatório; **VI** - Participação em órgãos colegiados.

*As coordenações de cursos de graduação poderão aprovar normatizações específicas, incluindo estratégias pedagógico-didáticas e estipulando carga horária mínima integralizada ou período cursado das Atividades Complementares.

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome completo: _____ Matrícula _____ Curso: _____
Telefone: _____ E-mail: _____ Período letivo: _____

IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

* Anexar comprovação

Atividade	Nº do Grupo	Data/Período de Duração	Instituição	Subtotal de horas realizadas	Subtotal de horas aproveitadas (reservado ao docente)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES – COMPROVANTE DO SOLICITANTE

Nome completo: _____ Data: ____/____/____

Solicitação: _____

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)

PARECER DOCENTE

Atividade: _____

() DEFERIDA, com carga horária total aproveitada

() DEFERIDA, com carga horária parcial aproveitada. Total de horas aproveitadas: _____

Justificativa: _____

() INDEFERIDA

Justificativa: _____

Data: ____/____/____

ASSINATURA DO(A) DOCENTE