# ATIVIDADES COMPLEMENTARES

# ATIVIDADES DE ENSINO

Nome:_____ RA: _____

Data: ____/____/ 20____ Período:_____

Tipo de Atividade:_____

Descrição da Atividade:

Para atividades de Monitoria e/ou Visitas Técnicas, será necessário para comprovação à assinatura do responsável pelo processo.

Espaço reservado para assinatura:

- do professor em monitoria;
- do profissional preceptor da visita técnica ou estágio extracurricular.

_____

Nome: