



ANEXO IV

Formulário de Requerimento das Atividades Complementares - Bacharelado

Ao Coordenador do Curso de _____.

Eu, _____ matriculado (a) sob nº _____, telefone (____) _____, e-mail _____, venho requerer que sejam registradas, no meu histórico escolar, as horas referentes à(s) Atividade(s) Complementar(es), conforme indicado no campo abaixo, cuja cópia da documentação comprobatória pertinente segue anexada ao presente.

Categorias	Discriminação	C/H	Período de Realização
() Atividades de Ensino	() Exercício de monitoria;	40h	
() Atividades de Pesquisa	() Participação em projetos de pesquisa	30h	
	() Participação em grupo de estudo	20h	
() Atividades de Extensão	() Participação em projetos de extensão, de assistência e/ou atendimento, abertos à comunidade;	20h	
	() Exercício de cargos de representação estudantil	30h	
	() Realização de estágio não obrigatório	20h	
() Eventos e Cursos	() Participação em feira, na qualidade de expositor	10h	
	() Participação em seminários, congressos, palestras, semanas temática, semana universitária, conferência, jornada, fórum, etc.	10h (cada)	
	() Oficinas	10h	
	() Disciplinas extracurriculares em quaisquer áreas do conhecimento, alusivo à língua portuguesa e/ou idiomas estrangeiros	20h	
	() Ministrante de curso	20h	
	() Participação em cursos, mini cursos ou similar	10h	
	() Participação na organização de eventos e área afim	20h	
() Publicação e apresentação	() Resumo de trabalho em evento	10h	
	() Publicação de artigo científico	30h	



de Trabalhos	<input type="checkbox"/> Autoria ou co-autoria de capítulo de livro	30h	
	<input type="checkbox"/> Apresentação oral de trabalhos, exposição de mostras de condução de oficinas	10h	
	<input type="checkbox"/> Publicações impressas ou virtuais.	10h	
<input type="checkbox"/> Outras Atividades correlatas/conexas não contempladas			
Anexar cópia autenticada da documentação comprobatória			
Nestes termos, pede deferimento. _____, ____ de _____ de _____ _____ Assinatura do Requerente			
PARA USO DO COORDENADOR DO CURSO			
Parecer do Coordenador do Curso: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Nº de horas: _____			
Categoria: _____			
_____, ____ de _____ de _____ _____ Coordenador(a)			
Recebimento em: ____/____/____ Visto: _____			
Envio para a Secretaria em: ____/____/____ Visto: _____			



Universidade Católica
de Brasília - UCB Virtual
www.catolicavirtual.br

www.catolicavirtual.br

QS 07 Lote 01 EPCT Bloco M, Sala 116, Águas Claras.
Taguatinga. CEP: 71966-700 - Brasília/DF - Brasil.
Telefone: 55 (61) 3356 9318 / Fax: 55 (61) 3356 9254.