|  |  |
| --- | --- |
|  | SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO – CÂMPUS GUARULHOS  Cooordenadoria do Curso de Pós-Graduação Lato-Sensu em Gestão de Sistemas de Informação |

**Encaminhamento de Atividades Complementares**

Ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Sistemas de Informação

Eu, ..................................................................................................................., prontuário ........................................, aluno(a) regulamente matriculado no Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Sistemas de Informação, venho por meio deste solicitar a validação das Atividades Complementares abaixo discriminadas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREENCHIMENTO DO ALUNO / ORIENTADOR** | | **PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO COLEGIADO DE CURSO** | |
| **Descrição** | **Carga horária pretendida** | **Carga horária validada** | **Motivo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |
| *Todas as atividades devem ser acompanhadas por documentação comprobatória conforme Projeto Pedagógico de Curso, item 11.*  *Adicionar linhas para discriminar todas as atividades se necessário* | | | |

Nestes termos, peço deferimento.

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................................................................  ASSINATURA DO(A) ALUNO(A) | De acordo,  ...........................................................................................  ASSINATURA DO ORIENTADOR |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COORDENAÇÃO DE CURSO** | Recebido em ......./......./............... | Assinatura |
| **COLEGIADO DE CURSO** | Analisado na reunião de ......./......./............... | Assinatura |
| **COORDENADORIA DE REGISTROS ACADÊMICOS** | Recebido em ......./......./............... | Assinatura |
| Lançado no sistema SUAP em ......./......./............... | Assinatura |