



Universidade Municipal de São Caetano do Sul

**REQUERIMENTO PARA VALIDAÇÃO DE AACC**  
**Atividades Acadêmicas Curriculares Complementares**

Eu, \_\_\_\_\_,  
regularmente matriculado(a) sob nº \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_ série/semestre/módulo, turma \_\_\_\_\_ do  
Curso de \_\_\_\_\_, venho requerer a análise das  
seguintes atividades, devidamente comprovadas, conforme cópias em anexo. *(anexar documentos comprobatórios)*

Ordem	Descrição da atividade	Órgão expedidor	Carga horária
01			
02			
03			
04			
05			

Telefones para contato: (celular) \_\_\_\_\_ (com.) \_\_\_\_\_

E-mail *(escrever em letra legível)*: \_\_\_\_\_

Nestes termos, peço deferimento.

São Caetano do Sul, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) estudante

**ESPAÇO RESERVADO PARA DEFERIMENTO DA GESTÃO DO CURSO**

Ordem	(X) Deferido	Carga horária atribuída	CÓD. CURSO	(X) Indeferido	Observações
01					
02					
03					
04					
05					

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do(a) Gestor(a) do Curso



**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO**

Matrícula do(a) estudante: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Ordem	Descrição da atividade	Órgão expedidor	Carga horária
01			
02			
03			
04			
05			

Data do protocolo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome e Visto do(a) atendente: \_\_\_\_\_