

## **ASSUNTO: ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

### **Ao Departamento de Fisioterapia de Lagarto (DFTL).**

Solicito que seja encaminhado ao meu Colegiado de Curso este pedido de conversão em Atividades Complementares dos eventos que participei, conforme documentação anexa.

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Fone (s) \_\_\_\_\_ E-mail (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Declaro que assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas, especialmente quanto à veracidade e à autenticidade das cópias de documentos apresentadas neste processo administrativo.

Estou ciente de que os originais desta solicitação e dos demais documentos devem ficar em minha posse e poderão ser requeridos, a qualquer tempo, pela Pró-Reitoria de Graduação, podendo os atos praticados pela UFS em decorrência deste processo serem anulados caso não seja atendida a solicitação ou se, mesmo atendida, seja verificada qualquer falha na autenticidade ou veracidade das informações.

E por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente solicitação.

Em    /    /

---

ASSINATURA DO DISCENTE

(Igual à do documento de identidade apresentado)

**Este requerimento, a ficha de controle, a identidade e os documentos que comprovem as horas exigidas devem ser enviados, NESTA ORDEM E EM ARQUIVO PDF ÚNICO, para [sec.admlag@gmail.com](mailto:sec.admlag@gmail.com).**