



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CAMPUS DE SOROCABA  
Coordenação do Curso de Licenciatura Plena em Física

Rodovia João Leme dos Santos, Km 110 - SP-264  
Bairro do Itinga  
Sorocaba - São Paulo - Brasil  
CEP 18052-780  
Telefone: (15) 3229 8859

ANEXO 3

**Solicitação de avaliação de atividades complementares**

Eu, \_\_\_\_\_, RG  
\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no curso de  
Licenciatura Plena em Física da UFSCar – Campus Sorocaba sob o **RA**  
\_\_\_\_\_, venho mui respeitosamente solicitar ao Conselho deste  
curso a análise dos documentos e das informações por mim prestadas relativas à  
integralização dos créditos das Atividades Complementares de acordo com o projeto  
pedagógico do curso. A relação das atividades e os respectivos comprovantes  
encontram-se anexos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

Sorocaba, \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CAMPUS DE SOROCABA**  
**Coordenação do Curso de Licenciatura Plena em Física**

Rodovia João Leme dos Santos, Km 110 - SP-264  
Bairro do Itinga  
Sorocaba - São Paulo - Brasil  
CEP 18052-780  
Telefone: (15) 3229 8859

**ANEXO 3**

ALUNO/A: \_\_\_\_\_ RA: \_\_\_\_\_

Período (1º ou 2º semestre / ano): \_\_\_\_\_

Tipo de Atividade (Acad/Cient/Cult)	Referência (Anexo 2)	Nome completo do evento/atividade	Horas solicitadas	Horas validadas