



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