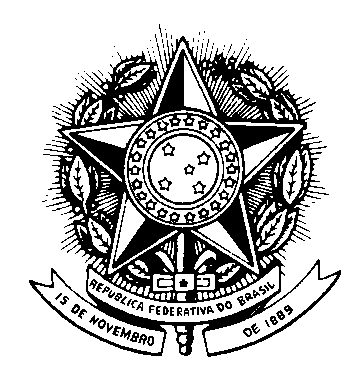
**Formulário de Solicitação de Emissão de Certificado de Atividade de Extensão** 

### Universidade Federal de Minas Gerais

Hospital das Clinicas – UFMG - Centro de Extensão

### RELAÇÃO DE ALUNOS CONCLUINTES DE ATIVIDADE DE EXTENSÃO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título do CURSO:** | | | | | | | | | |
| **Coordenador:** | | | | | | | | | |
| **Caracterização:** ( ) Iniciação ( ) Atualização ( ) Qualificação –Treinamento Profissional ( )Aperfeiçoamento | | | | | | | | | |
| **Tipo de processo avaliativo usado:** | | | | | | | | | |
| **Carga Horária Total**: | | | | | **Período de realização**: / / a / /\_\_\_ | | | | |
| **Nº vagas**: | | | | **Nº concluintes:** | **Nº registro no SIEX**: | | | | |
| Alunos concluintes | | | | | | | | | |
| Nº. Sequencial | CPF | | Nome | | | E-mail | Tipo de participação | | Aproveitamento |
| 01 |  | |  | | |  |  | |  |
| 02 |  | |  | | |  |  | |  |
| 03 |  | |  | | |  |  | |  |
| 04 |  | |  | | |  |  | |  |
| 05 |  | |  | | |  |  | |  |
| Participantes não concluintes | | | | | | | | | |
| Nº.Sequencial | | **CPF** | **Nome** | | | | | Motivo da não conclusão do Curso | |
| Nº | |  |  | | | | |  | |
| 01 | |  |  | | | | |  | |

Para emissão dos certificados os dados dos alunos deverão estar completos e corretos. Caso haja divergências os certificados não serão emitidos.

Declaro para os devidos fins à participação do(s) aluno(s) mencionado na ação de extensão acima citada.

**Obs.:**

Belo Horizonte, ......... de ................ de ......

Assinatura e carimbo do Coordenador da Atividade