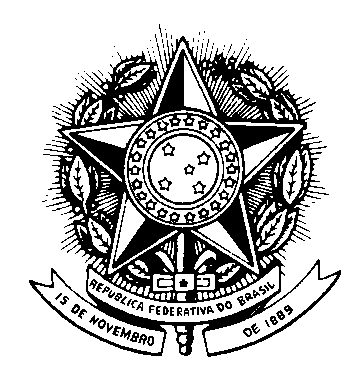
**Formulário de Solicitação de Emissão de Certificado de Atividade de Extensão** 

### Universidade Federal de Minas Gerais

Hospital das Clinicas – UFMG - Centro de Extensão

### RELAÇÃO DE ALUNOS CONCLUINTES DE ATIVIDADE DE EXTENSÃO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titulo do EVENTO:** | | | | | |
| **Coordenador:** | | | | | |
| **Caracterização:** ( ) Congresso ( )Seminário ( ) Palestra ( ) Mesa-redonda ( ) Outros | | | | | |
| **Carga Horária Total**: | | | | **Período de realização**: / / a / / | |
| **Nº vagas**: | | | **Nº concluintes:** | **Nº registro no SIEX**: | |
| Participantes concluintes | | | | | |
| Nº.Seqüencial | CPF | Nome dos participantes | | | E-mail |
| Nº |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
| Participantes não concluintes | | | | | | |
| Nº.SeqÜencial | **CPF** | **Nome** | | | Motivo da não conclusão do Curso | |
| Nº |  |  | | |  | |
| 01 |  |  | | |  | |
| 02 |  |  | | |  | |

Para emissão dos certificados os dados dos aluno 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