**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