



PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO EM ATIVIDADES COMPLEMENTARES

ANO

SEMESTRE

O(A) ALUNO(A) ABAIXO DISCRIMINADO(A)

NOME:

Nº DE REGISTRO

CURSO: MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

FORMA DE INGRESSO NA UFMG: PROCESSO SELETIVO

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.):

Nº:

APT.

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

TELEFONE:

REQUER O APROVEITAMENTO DE CRÉDITOS, NOS TERMOS DA RESOL. N02/2018/CPGGSS, PARA:

NOME

ATIVIDADES COMPLEMENTARES

CÓDIGO

ENF830

POR TER CURSADO A(S) SEGUINTE(S) ATIVIDADE(S):

A) NOME DO EVENTO:

ANO/SEMESTRE

_____	____ / ____
_____	____ / ____
_____	____ / ____

B) FUNDAMENTO (citar item do art. 1º da Resol. 02/2018/CPGGSS):

____ / ____ / ____
DATA

ASSINATURA DO ALUNO

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

DESPACHO DO COORDENADOR (UTILIZAR O VERSO PARA PARECER, SE NECESSÁRIO):

____ / ____ / ____
DATA

COORDENADOR(A)

DECISÃO DO COLEGIADO:

DEFERIDO

INDEFERIDO

COMUNICADO AO ALUNO EM: ____ / ____ / ____ ASS.: _____

RESERVADO À SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

DISPENSA REGISTRADA NO SISTEMA EM ____ / ____ / ____

ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO EM ____ / ____ / ____

SECRETÁRIO DE PÓS-GRADUAÇÃO

RECIBO

O(A) ALUNO(A) _____ Nº _____ PROTOCOLOU
REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO EM ATIVIDADES COMPLEMENTARES EM ____ / ____ / ____.

PARECER: