ANEXO 2

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Curso de Farmácia

1 – Identificação do Estudante

Nome	**Matrícula**	**Semestre no Fluxo**

2 – Identificação da(s) Atividade(s)

ENS	PES	EXT	Período	CH	Nome da atividade realizada

ENS: ensino / PES: pesquisa / EXT: extensão / CH: carga horária total

3 – Parecer do Colegiado de Graduação do Curso de Farmácia

O Colegiado de Graduação do Curso de Farmácia, em sua reunião ordinária nº _____, de _____/_____/_____ foi pelo: ( ) Deferimento ( ) Indeferimento

Número de créditos concedidos: [ ] Ensino [ ] Pesquisa [ ] Extensão [ ] Total

_____/_____/_____ _____
Data Assinatura/Carimbo