

Cadastro de Atividade Complementar

Nome do Estudante		
CPF		
Tipo de Atividade Complementar (AC) (assinalar ao lado)	<input type="checkbox"/>	Iniciação Científica (IC)
	<input type="checkbox"/>	Monitoria (MON)
	<input type="checkbox"/>	Extensão (EXT)
	<input type="checkbox"/>	Apresentação de Trabalhos em Congressos, Simpósios, Cursos de Verão etc... (TRAB)
	<input type="checkbox"/>	Publicação de Artigos e Patentes (PUB)
Período da AC (semestre/ano)		
Orientador(a) da AC		
Título da Atividade Complementar		
Instituição onde será desenvolvida a AC		
Bolsista ou Voluntário		

Local: _____ Data: _____

Assinatura Estudante: _____

Assinatura Orientador(a): _____

Obs.: Este formulário só terá validade se carimbado pela Secretaria de Graduação do DF ou, caso em versão eletrônica, se acompanhado por um e-mail de confirmação de recebimento enviado pela Secretaria de Graduação do DF.

Relatório de Atividade Complementar (AC)

Identificação

Nome do Estudante	
CPF do Estudante	
Tipo de Atividade Complementar (AC) Iniciação Científica (IC); Monitoria (MON); Extensão (EXT); Apresentação de Trabalhos em Congressos, Simpósios, Cursos de Verão etc... (TRAB); Publicação de Artigos e Patentes (PUB)	
Período em que a AC foi desenvolvida	
Título da Atividade Complementar	
Nome do(a) Orientador(a)	
Instituição em que a AC foi desenvolvida	

No caso de Atividade Complementar de MONITORIA não é necessário preencher os campos abaixo, mas deve ser anexado o Relatório de Monitoria

Detalhamento da Atividade Complementar:

Introdução / Objetivos:
Metodologia:
Resultados:

--

Revista ou Conferência em que o trabalho foi publicado, em caso de Apresentação de Trabalhos em Congressos, Simpósios, Cursos de Verão (**TRAB**) Publicação de Artigos e Patentes (**PUB**).
Documentos comprobatórios devem ser anexados

Conclusões:

Local	Data
Assinatura do Estudante	
Assinatura do(a) Orientador(a)	

Obs.: Este formulário só terá validade se carimbado pela Secretaria de Graduação do DF ou, caso em versão eletrônica, se acompanhado por um e-mail de confirmação de recebimento enviado pela Secretaria de Graduação do DF.

Avaliação de Atividade Complementar

Nome do Estudante		
Nome do(a) Orientador(a)		
Tipo de Atividade Complementar (AC) (assinalar ao lado)	<input type="checkbox"/>	Iniciação Científica (IC)
	<input type="checkbox"/>	Monitoria (MON)
	<input type="checkbox"/>	Extensão (EXT)
	<input type="checkbox"/>	Apresentação de Trabalhos em Congressos, Simpósios, Cursos de Verão etc... (TRAB)
	<input type="checkbox"/>	Publicação de Artigos e Patentes (PUB)
Período da AC (semestre/ano)		
Título da Atividade Complementar		
Orientador(a) da AC		
Instituição onde foi desenvolvida a AC		

Avaliação das Atividades do Estudante

Comentar sobre o desempenho do estudante na atividade complementar sob sua orientação.	
O desempenho do(a) estudante faz jus ao cômputo das horas relativas à atividade complementar em questão? ___ Totalmente satisfatório ___ Parcialmente satisfatório ___ Insatisfatório	
Local	Data
Assinatura do(a) Orientador(a)	

