SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Famema

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADE ACADÊMICA/CIENTÍFICA COMPLEMENTAR (AACC)

PÓS-GRADUANDO(A):	
RG:	
LOCAL/SETOR DA AACC:	
PERÍODO:	**CARGA HORÁRIA:**
ENDEREÇO (completo):	
TELEFONE: ( )	
RESPONSÁVEL PELA AACC:	
OBJETIVO DA AACC:	
DESCRIÇÃO DAS TAREFAS QUE SERÃO REALIZADAS (Plano de Atividades):	

*revisão maio de 2023.

_____

Data e assinatura do Solicitante

De acordo, _____ **Assinatura Orientador(a)** **Data: ____/____/20____**	**De acordo,** _____ **Assinatura Responsável pela AACC** **Data: ____/____/20____**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO
Av. Monte Carmelo, nº 800 - Marília – SP – CEP 17519-030
Tel.: (14) 3311-2828 – E-mail: mestradoacademicofamema@gmail.com

RESERVADO AO CONSELHO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO	
DATA DA REUNIÃO:	
PARECER:	
( ) DEFERIDO	**( ) INDEFERIDO**

_____

Data e assinatura do Coordenador(a) do Programa