INSTITUTO FEDERAL
Fluminense
Campus Cabo Frio

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

BRASIL
GOVERNO FEDERAL

FORMULÁRIO PARA RECONHECIMENTO DE CARGA HORÁRIA DE ATIVIDADE ACADÊMICO-CIENTIFICO-CULTURAIS (AACC)

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Curso: _____ **Período**:____ **Matrícula**:_____

E-mail: _____ **Tel:** _____

ATIVIDADES ACADÊMICO-CIENTÍFICO-CULTURAIS (AACC) – 240ha (Equivalentes a 200 horas)

NOME DA AACC	CARGA HORÁRIA (hs)
Total	

Quantidade de cópias de comprovantes entregues (por folha):_____

Observação:_____

AUTORIZADO POR (Para preenchimento interno)

CONCLUÍDO ( ) **EM ABERTO** ( )

_____ Data _____/_____/_____

(Núcleo Apoio à Prática Profissional)

(Destacar e entregar ao aluno)

Reconhecimento de AACC(Para preenchimento interno)

Recebido por _____**Data** ____/_____/____