



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
COORDENAÇÃO DO CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM ANÁLISE
E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS

FORMULÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CARGA HORÁRIA EM ATIVIDADES FORMATIVAS

Matrícula: GRR _____

Nome: _____ Fone: _____

E-mail: _____ Data da solicitação: _____

Formatura Prevista para Semestre/Ano: ____/____

ATENÇÃO

- Todas as atividades possuem C.H. máxima validável igual a 60 horas.
- Verifique o regulamento das Atividades Formativas no site do TADS, bem como os documentos comprobatórios necessários para cada atividade a ser requerida.
- Os documentos comprobatórios são indispensáveis para registro da atividade. Eles servirão de comprovante oficial de seu cumprimento de C.H. exigida em atividades formativas.
- Entregue este formulário, bem como todos os documentos comprobatórios, na secretaria, no período informado pela coordenação do curso, para requisição de atividades formativas.
- Preencha a tabela abaixo informando a C.H. requerida em cada atividade, bem como a numeração das páginas que equivalem aos documentos comprobatórios da atividade.

Item	Atividade	Número da(s) página(s)	C.H. requerida
1	Disciplinas eletivas ou isoladas		
2	Monitoria		
3	Cursos de extensão presenciais ou à distância		
4	Projetos, eventos ou atividades de extensão		
5	Participação em Feira ou Exposição		
6	Participação em Palestra		
7	Participação em Seminário, Congresso, Encontro, Fórum e Workshops		

Item	Atividade	Número da(s) página(s)	C.H. requerida
8	Organização de Seminário, Congresso, Encontro, Fórum e Workshop		
9	Projeto de pesquisa, iniciação científica ou tecnológica		
10	Publicação em Seminário, Congresso, Encontro Científico, Fórum, Workshops		
11	Publicação em periódico		
12	Estágio não obrigatório remunerado (ENOR), trabalho voluntário qualificado ou trabalho remunerado (todos na área de atuação do curso)		
13	Trabalho voluntário filantrópico		
14	Atividade cultural e artística: participação em grupo de teatro, coral e orquestra		
15	Atividade de Avaliação Institucional		
		TOTAL C.H. requerida	

EXCLUSIVO COMISSÃO	
-----------------------	--

Parecer da Comissão Permanente de Avaliação de Atividades Formativas:	
Nome do Avaliador:	Data da validação: