**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**Universidade Federal Fluminense**

**Faculdade de Administração e Ciências Contábeis**

**Departamento de Contabilidade**

**Coordenação do Curso de Graduação em Ciências Contábeis**

**FORMULÁRIO DE REGISTRO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE** |  Curso: **Ciências Contábeis** |
| **Aluno**: | **Matrícula**: |
| **Data/Período** |  **Discriminação das Atividades e Modalidades** |  **Carga** **Horária** |  **Qtde.** |  **Carga Horária** **Total** |  **Visto do****Coordenador de AC** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DE CARGA HORÁRIA** |  |  |

**OBS.:** Para cada atividade o aluno deverá apresentar o documento comprobatório e preencher os campos DATA/PERÍODO, DISCRIMINAÇÃO DAS ATIVIDADES E MODALIDADES, observando os critérios definidos no QUADRO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES BACHARELADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS. Não preencher os campos CARGA HORÁRIA, VISTO DO COORDENADOR E TOTAL DA CARGA HORÁRIA.

**Assinatura do Aluno: Data / / Assinatura do Coordenador de ACC:**

Número de páginas contando esta e os certificados