



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Coordenação do Curso de Medicina



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR DE GRADUAÇÃO- ACG'S
Favor preencher em letra de forma

NOME: _____ **MATRÍCULA:** _____

ALUNO		
SOLICITADO EM:	/	ASSINATURA:

SECRETARIA DO CURSO DE MEDICINA		
LANÇADO EM:	/	/
		ASSINATURA:

Coordenação do Curso de Medicina
Av. Roraima, 1000, Cidade Universitária, Camobi – CEP 97105-900 – Santa Maria, RS
Prédio 26 – Sala 1353
Fones: (55) 3220 8554 – (55) 32209626
Endereço eletrônico: coordmed@mail.ufsm.br; medicinaccs@gmail.com