



PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO EM  
ATIVIDADES COMPLEMENTARES (AAP/GSS000)**

ANO

SEMESTRE

**O(A) ALUNO(A) ABAIXO DISCRIMINADO(A)**

NOME:		Nº DE REGISTRO	
CURSO: <b>MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		FORMA DE INGRESSO NA UFMG: <b>PROCESSO SELETIVO</b>	
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)		Nº:	APT.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
		TELEFONE:	

**REQUER O APROVEITAMENTO DE CRÉDITOS, NOS TERMOS DA RESOL. N15/2022/CPGGSS, PARA:**

NOME **ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

CÓDIGO **AAP**

**POR TER CURSADO A(S) SEGUINTE(S) ATIVIDADE(S):**

A) NOME DO EVENTO:	ANO/SEMESTRE
_____	____/____
_____	____/____
_____	____/____
_____	____/____
_____	____/____
_____	____/____
_____	____/____
_____	____/____

B) FUNDAMENTO (citar itens do art. 1º da Resol. 15/2022/CPGGSS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ALUNO

**RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO**

DESPACHO DO COORDENADOR (UTILIZAR O VERSO PARA PARECER, SE NECESSÁRIO):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
COORDENADOR(A)

DECISÃO DO COLEGIADO:

DEFERIDO

INDEFERIDO

COMUNICADO AO ALUNO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASS.: \_\_\_\_\_

**PARECER DO(A) ORIENTADOR:**