

**FORMULÁRIO DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR ABERTA (FCA)
ENFERMAGEM/UFMG**

ALUNO:		Nº MATRÍCULA:
E-MAIL:	PROFESSOR-TUTOR:	
TELEFONE:	DEPARTAMENTO:	
ÁREA DE CONHECIMENTO DA FORMAÇÃO COMPLEMENTAR ABERTA:		
Declaro estar ciente dos termos da Resolução Nº 03/2016, que regulamenta a formação complementar do curso de graduação em Enfermagem, e atesto a veracidade das informações declaradas.		
DATA DA OPÇÃO:	ASSINATURA DO ALUNO:	ASSINATURA DO PROFESSOR-TUTOR:

Quadro de disciplinas de interesse do aluno para a integralização dos créditos de FCA:

Disciplina	Curso ofertante da UFMG	Tipo*	Créditos

* (OB) Obrigatória (OP) Optativa

ANOTAÇÕES DO COLEGIADO DE ENFERMAGEM

Data de envio ao(s) Colegiado(s) ofertante(s) das disciplinas relacionadas à FCA: ____/____/____

Respostas dos Colegiados ofertantes:

PEDIDO DE DESISTÊNCIA DA FCA

Data da solicitação: ____/____/____ Justificativa: _____

Decisão do Colegiado: () Deferido () Indeferido

Data: ____/____/____

 Assinatura do Coordenador