**REQUERIMENTO PARA APROVEITAMENTO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

|  |
| --- |
| **DADOS ESTUDANTE** |
| **Nome:** |
| **E-mail:** | **Telefone:** |
| **Data de nascimento: \_** **/ /**  | **CPF:** | **RG:** |
| **Endereço(nº):** | **Bairro:** | **Cidade:** | **CEP:** |
| **Curso:** | **Nível: ( ) Superior ( ) Técnico** |
| **Matrícula nº:** | **Período/Série:** | **Turma:** |
| **Data: / /**  | **Assinatura:** |
| **ATIVIDADE PROFISSIONAL** |
| **Período trabalhado:** |
| **Área do trabalho:** |
| **Carga horária total:** |
| **Nome da Instituição:** |
| **Endereço:** |
| **Responsável legal:** |
| **ESTÁGIO EQUIVALENTE** |
| **Atividade:** | **Carga horária:** |
| **COLEGIADO DO CURSO** |
| **( ) Deferido** | **Data: / /**  | **COORDENADOR(A) DO CURSO** |
| **( ) Indeferido** |

**Obs:** Esse documento só será válido mediante assinatura eletrônica