



**Santa Casa
de Misericórdia
de Sobral**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADES CURRICULARES DE EXTENSÃO*

*Encaminhar até o 7º dia do mês que antecede as práticas.

Dados da Instituição	
Instituição de Ensino	
Curso	
Disciplina/ Módulo	
Objetivo(s) da atividade curricular de extensão	
Carga Horária Total por Aluno	
Setor(es)	
Quantidade total de alunos	
Datas das Práticas	
Horários das Práticas	
Nome Completo do Professor(a)	
Telefone do(a) Professor(a)	
E-mail do(a) Professor(a)	

CÓD: **34.1**



**Santa Casa
de Misericórdia
de Sobral**

Anexar a este documento: Escala detalhada das práticas com a listagem nominal dos estudantes por período, horário e setor.

Sobral-CE, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura e Cargo do Solicitante da Instituição de Ensino

CÓD: 34.1