

Universidade Severino Sombra
CENTRO DE CIÊNCIAS SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Horas integralizadas _____

Deferido em ____/____/____

 Coordenador do Curso

Requerimento de Integralização de Atividades Complementares Obrigatórias

Ao Sr. Coordenador do Curso de Medicina da Universidade Severino Sombra, mantida pela **FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA – FUSVE**.

Nome do aluno(a) _____ Período _____
 Matrícula _____ Cart de Identidade nº _____ CPF nº _____
 _____ vem requerer **APROVEITAMENTO** das atividades abaixo assinaladas e comprovadas com os **documentos originais** em anexo para integralização de carga horária correspondente às **ATIVIDADES COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIAS**.

	ATIVIDADE	HORAS	ACEITO	NÃO ACEITO	RÚBRICA
	Programa de monitoria bolsista	40			
	Programa de monitoria voluntária	40			
	Estágio disciplinar concursado	15			
	Estágio disciplinar não concursado	10			
	Estágio hospitalar não curricular concursado	40			
	Estágio hospitalar não curricular não concursado	15			
	Programa de extensão universitária comunitária	40			
	Programa de extensão universitária não comunitária	15			
	Programa de Liga Científica Universitária como dirigente	20			
	Programa de Liga Científica Universitária como membro	15			
	Programa de Pesquisa como participante da pesquisa	40			
	Programa de Iniciação Científica não curricular	15			
	Disciplina optativa além das curriculares	20			
	Curso de extensão (até 40 horas)	15			
	Curso de extensão (entre 41 e 80 horas)	25			
	Curso de extensão (acima de 80 horas)	40			
	Conferência	20			
	Palestra	10			
	Seminário como participante	20			
	Seminário como palestrante	40			
	Seminário como membro organizador	40			
	Simpósio como participante	20			
	Simpósio como palestrante	40			
	Simpósio como membro organizador	40			
	Congresso como participante	20			
	Congresso como palestrante	40			
	Congresso como membro organizador	40			
	Presidente do Centro Acadêmico	15			
	Dirigente do Centro Acadêmico	10			
	Representante discente no CONSEPE	20			
	Membro do Colegiado Universitário na USS	20			
	Representante de Turma	20			
	Atleta da seleção da USS	10			
	TOTAL DE HORAS INTEGRALIZADAS				

Nestes termos, pede deferimento.

Vassouras, RJ, _____ de _____ de _____

Assinatura do aluno