|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CERTIFICADOS**  |
| Centro de Ensino: |
| Nome do Projeto de Ensino: |
| Período Letivo: | CARGA HORÁRIA TOTAL: |
| Coordenador(a) do Projeto: |
| Nº de Registro: |
| Nome  | E-mail  | Categoria do Membro (*Coordenador/a, Colaborador/a ou Participante*) | CH Frequentada  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Coordenador(a) do Projeto**

**(Assinatura eletrônica via SIPAC)**