**Anexo II**

**DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DAS**

**ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

Declaro, para os devidos fins, que o acadêmico **xxxxxxxxxxx** apresentou perante a Comissão de Atividades Complementares do Curso Superior em Tecnologia de Alimentos, no dia **xx/xx/xxxx**, os resultados das atividades por ele realizadas na empresa **xxxxxxxx,** no período de **xx/xx/xxxx** a **xx/xx/xxxx**. Por considerar tais atividades (abaixo descritas), compatíveis com o perfil profissiográfico do curso e suas atribuições profissionais, defere-se a utilização de **xx** horas destas atividades para validação como Atividades Complementares, conforme prevê o Regulamento de Atividades Complementares do Curso Superior em Tecnologia de Alimentos.

**Atividades desenvolvidas:**

**- xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**

Por ser verdade o acima exposto, firmo o presente.

Urupema, xx de xxxxx de xxxx.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável

**Anexo III**

**FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

Instituto Federal de Santa Catarina – Câmpus Urupema

Bairro Senadinho, s/n. CEP: 88 509-900, Urupema – SC.

Urupema SC, xx de xx de.

À

Secretaria Acadêmica

Após análise da Solicitação para Validação de Atividade Complementar prevista no projeto do Curso Superior em Tecnologia de Alimentos, com base no Regulamento para as Atividades Complementares do Curso, a Comissão de Atividade Complementar considera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a solicitação, tendo em vista que o acadêmico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_comprovou \_\_\_\_\_ horas, conforme discriminado a seguir.

Atividades Válidas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Atividade | Tipo de Atividade | Carga Horária Validada |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Atividades Inválidas

|  |  |
| --- | --- |
| Atividade | Justificativa |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável Nome do responsável

**Anexo IV**

**AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA REALIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA DO CURSO**

Instituto Federal de Santa Catarina – Câmpus Urupema

Bairro Senadinho, s/n. CEP: 88 509-900, Urupema – SC.

Urupema SC, xx de xx de.

À

Coordenação do Curso Superior em Tecnologia de Alimentos

Senhor,

Após análise da Carta de Solicitação de Atividade Complementar (Estágio Extracurricular), do acadêmico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, protocolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com base no artigo 31o do Regulamento para as Atividades Complementares do Curso Superior em Tecnologia de Alimentos, a Comissão de Atividade Complementar considera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a atividade a ser desenvolvida, por \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de acordo com artigo 31º do regulamento citado, com base nos seguintes motivos:

Destacamos que este parecer não valida a carga horária da atividade como Atividade Complementar, caso o aluno não apresente os resultados posteriormente, conforme o artigo 32º do Regulamento para as Atividades Complementares do Curso Superior em Tecnologia de Alimentos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável

**Anexo V**

**SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO**

**DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES**

Logo da empresa

Dados cadastrais da empresa (endereço, telefone, email...)

Urupema SC, xx de xxxxxxxx de xxxx.

À

Comissão de Atividade Complementar

Curso Superior em Tecnologia de Alimentos.

IFSC – Câmpus Urupema

**CARTA DE SOLICITAÇÃO**

Senhores,

Venho através desta solicitar autorização para que o aluno **nome do aluno** possa realizar atividades complementares na empresa **XX** durante o período de **dia/mês/ano** e **dia/mês/ano** no qual desempenhará as seguintes funções: **função 1, função 2...função n,** com uma carga horária total de **xx** horas.

A execução das atividades complementares será de responsabilidade do **nome do aluno** com a supervisão do **nome do chefe setor**.

Outrossim, o aluno concorda em defender, perante a Comissão, esta proposta de atividade complementar que **OBRIGATORIAMENTE** deverá demonstrar resultados, técnicas ou tecnologias e demais artefatos necessários para que haja uma completa amarração das atividades que exerceu com o perfil do curso, atribuições do Tecnólogo em Alimentos e campo de atuação deste profissional.

No aguardo de um parecer.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome do aluno nome e carimbo do responsável