

ANEXO II: REQUERIMENTO DE VALIDAÇÃO DE AF

NOME: GRR:

TELEFONE: *email:*

ORIENTAÇÕES:

1 – Preencha cada linha no formulário abaixo com uma AF de cada vez. Não acumule informações numa mesma linha;

2 – As cópias dos documentos comprobatórios deverão ser numeradas e apresentadas na mesma ordem que as atividades listadas neste formulário;

3 – Regulamentação: <http://www.saude.ufpr.br/portal/farmacia/atividades-formativas-2/>.

	GRUPO	DESCRIÇÃO DA AF	Carga horária solicitada (hs)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Data:/...../20..... Assinatura: