

(PAPEL TIMBRADO)

Ofício ____/____

Piracicaba,

A Sua Senhoria
Prof. Dr.
Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária – (CCEx)
ESALQ

ASSUNTO: Solicitação de alterações no Sistema Apolo para o **Curso de Extensão Universitária:**

No. Processo:

Intitulado : _____ edição: _____, período atual: _____, **período solicitado:** _____

(Prorrogação do período de realização da atividade por até 12 (doze) meses).

Coordenador: _____

REFERENTE: Alteração do Período: () início e término () somente término

Período solicitado () Data Inicio () Data Fim	Período de inscrição	Período de atuação dos ministrantes	Termo aditivo (curso pago)
			(Responsabilidade do SVCEEx)

Obs.: as solicitações de alteração de período de curso pago, ainda, serão encaminhadas para aprovação da Assessoria de Convênios-Reitoria.

Justificativa:

Atenciosamente,

Coordenador do Curso
Departamento

De acordo:

Prof. Dr.
Presidente da CCEx
ESALQ/USP

Sistema Apolo

Alterado

SVCEEx: ____/____/____

____/____/____