

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE						
Nome:				Matrícula/CPF:		
Endereço:			Cidade/Estado:			
E-mail:			Telefone(s) com DDD:			
Instituição de origem: (exemplo: prefeitura, associações)						
Tipo de Vínculo com a UFRSA:						
<input type="checkbox"/> PÚBLICO EXTERNO		<input type="checkbox"/> DISCENTE				
<input type="checkbox"/> SERVIDOR		<input type="checkbox"/> DOCENTE				
DATA E HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO						
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
()	()	()	()	()	()	()
Data da Reserva: ___/___/___						
Horário de Início:						
Horário de Término:						
OBJETIVO DO REQUERIMENTO						
<input type="checkbox"/> Atividade esportiva <input type="checkbox"/> Eventos Esportivos						
<input type="checkbox"/> Feiras e Exposições <input type="checkbox"/> Outro. Especifique:						
QUANTIDADE DOS PARTICIPANTES						
Quantidade:						
DESCRIÇÃO/JUSTIFICATIVA DO REQUERIMENTO						
Encaminhe-o à Coordenação de Assistência Estudantil (COAE)						
Data: ___/___/___						
Assinatura do(a) Discente/Requerente*						

*inserir a assinatura digital ou digitalizada