

ANEXO III



Ministério da Educação
 Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
 Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais

ALUNOS APTOS A RECEBEREM CERTIFICAÇÃO NO CURSO FIC

Nome do responsável geral:	<input type="text"/>		
Nome do curso:	<input type="text"/>		
Carga horária total em horas/aulas:	<input type="text"/>	Número de vagas ofertadas:	<input type="text"/>
Previsão de início e término do curso (dd/mm/aaaa):	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>
Eixo tecnológico:	<input type="text"/>		
Característica do curso:	<input type="radio"/> Formação Inicial <input type="radio"/> Formação Continuada		
Modalidade de oferta:	<input type="radio"/> Presencial <input type="radio"/> A Distância		

NOME**CPF**

_____ de _____ de _____
 Cidade Dia Mês Ano

 Assinatura do(a) Proponente / Coordenador(a) do Curso