

# FACULDADE DOM LUCIANO MENDES

Av. Geraldo Gonçalves da Cunha, 21, São José – Mariana | MG  
Telefone: (31) 3558 1439 - (31) 98303 4614



Credenciada pelo MEC, portaria Nº 2.486 de 12 de setembro de 2003;  
Recredenciada pelo MEC pela Portaria Nº 717 de 27 de julho de 2018 - publicada no D.O.U. de 30/7/2018

## FORMULÁRIO DE EXTENSÃO

### 1. IDENTIFICAÇÃO

FACULDADE:

CURSO:

LOCAL E DATA:

COORDENADOR DE CURSO:

DISCENTE (S) E NÚMERO(S) DE MATRÍCULA:

TÍTULO:

INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA:

ENDEREÇO:

CONTATO:

RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA:

PALAVRAS-CHAVE:

ÁREAS/SUB ÁREAS DO CONHECIMENTO:

### 2. JUSTIFICATIVA

2.1. Breve relato sobre o porquê do projeto:

2.2. Resultados esperados:





# FACULDADE DOM LUCIANO MENDES

Av. Geraldo Gonçalves da Cunha, 21, São José – Mariana | MG  
Telefone: (31) 3558 1439 - (31) 98303 4614

Credenciada pelo MEC, portaria N° 2.486 de 12 de setembro de 2003;  
Recredenciada pelo MEC pela Portaria N° 717 de 27 de julho de 2018 - publicada no D.O.U. de 30/7/2018



## 8. APROVAÇÃO

---

**Discente envolvido** (nome legível)

---

**Assinatura e carimbo**  
**do responsável da Instituição onde foi realizado Projeto**

---

**Coordenador do Curso de Filosofia**  
FDLM – Faculdade Dom Luciano Mendes

# FACULDADE DOM LUCIANO MENDES

Av. Geraldo Gonçalves da Cunha, 21, São José – Mariana | MG  
Telefone: (31) 3558 1439 - (31) 98303 4614



Credenciada pelo MEC, portaria N° 2.486 de 12 de setembro de 2003;  
Recredenciada pelo MEC pela Portaria N° 717 de 27 de julho de 2018 - publicada no D.O.U. de 30/7/2018

---

## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE EXTENSÃO (Emitido pelo responsável da Instituição envolvida)

Eu, \_\_\_\_\_, certifico que o discente  
\_\_\_\_\_, portador da matrícula  
\_\_\_\_\_ participou e executou o projeto de extensão com o caráter de prestação  
de serviços voluntários à sociedade e desenvolvimento de trabalhos de responsabilidade social sob  
minha orientação, intitulado \_\_\_\_\_ durante o período de \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_, totalizando \_\_\_\_\_ horas a serem computadas como atividades complementares.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) responsável pela Instituição envolvida