

Av. Alberto Torres 1393 – 3º Andar  
Alto, Teresópolis,RJ  
Cep. 25963-230

Phone:(21) 3097-5854

secretaria@unilogos.org

Processo de Acreditação Institucional

REQUERIMENTO PARA ACREDITAÇÃO INSTITUCIONAL E DE CURSO

O requerimento preechido deve ser apresentado para **cada local proposto**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO** | | | | | | | | |
| **Nome da Instituição:** | | | | | | | | |
| **Nome do Coletivo:** | | | | | | | | |
| **Endereço físico** | | | | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | |
| **Cidade:** | | **Estado:** | | | **CEP:** | | **Distrito:** | |
| **Endereço para correspondência** (Este endereço é usado somente se você for incapaz de receber correspondência no local físico.) | | | | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | |
| **Cidade:** | | | | | | **Estado:** | | **CEP:** |
| **Informações de contato da instituição** | | | | | | | | |
| **No. Telefone:** | | | **No. Fax:** | | | | | |
| **Web Site:** | | | **Email:** | | | | | |
| **Nome e Título de Administrador no Site:** | | | | | | | | |
| **Nome e título da Pessoa de Contato:** | | | | | | | | |
| **PESSOA DE CONTATO PARA ESTE REQUERIMENTO** | | | | | | | | |
| **Nome:** | | | | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | |
| **Cidade:** | | | | | | **Estado:** | | **CEP:** |
| **No. Tel. Trabalho:** | **No. Celular:** | | | | | **Email:** | | |
| **INFORMAÇÕES DE ACREDITAÇÃO**  Complete esta seção se você está atualmente buscando a acreditação | | | | | | | | |
| **1.** | | | | | | | | |
| **Nome da Curso:** | | | | | | | | |
| **Carga Horaria:** | | | | | | | | |
| **Início do Período:** | | | | **Fim do Período:** | | | | |
| **2.** | | | | | | | | |
| **Nome da Curso:** | | | | | | | | |
| **Carga Horaria:** | | | | | | | | |
| **Início do Período:** | | | | **Fim do Período:** | | | | |
| **3.** | | | | | | | | |
| **Nome da Curso:** | | | | | | | | |
| **Carga Horaria:** | | | | | | | | |
| **Início do Período:** | | | | **Fim do Período:** | | | | |
| **4.** | | | | | | | | |
| **Nome da Curso:** | | | | | | | | |
| **Carga Horaria:** | | | | | | | | |
| **Início do Período:** | | | | **Fim do Período:** | | | | |
|  | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSELHO OU APROVAÇÃO DA ACREDITAÇÃO**  (Para ser preenchido se todos os programas requerem aprovação) | | | | |
| Título do Programa | | Agência de ACREDITAÇÃO | Requerimento Enviado  DD/MM/AA | Requerimento Aprovado DD/MM/AA |
|  | | ABCN |  |  |
|  | | ABCN |  |  |
|  | | ABCN |  |  |
|  | | ABCN |  |  |
|  | | ABCN |  |  |
| **CONFIRMAÇÃO**  Afirmo que li o estatuto da ABCN, tenho pleno conhecimento da Constituição Federal de 1988 da República Federativa do Brasil e suas Legislações complementares, que as informações contidas nos documentos em anexo são precisas e que, se uma acreditação é concedida, vou utilizar esta instituição em conformidade com os Regulamentos da ABCN. | | | | |
| **Assinatura:** |  | | | |
| **Nome:** |  | | | |
| **Título:** |  | | | |
| **Data:** |  | | | |