|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI  CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  PRO-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO ****COORDENADORIA DE PROGRAMAS STRICTO SENSU****Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, Brasil; CEP 64049-550Telefones: (86) 3215-5872 BL-15 |  |

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO DOCÊNCIA - PPGFarm**

Ano: Período Letivo:

I - Nome do Curso ou Programa

|  |
| --- |
| PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMACOLOGIA - PPGFarm |

II – Identificação do aluno

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome:  CPF:  Orientador: | | |
| Fone: |  | E-mail do discente: |

III – Estágio de Docência Mestrado ( ) Doutorado ( )

|  |
| --- |
| Solicito autorização para realização de Estágio Docência na disciplina listada a seguir, pertencente à Estrutura Curricular de curso de graduação desta Universidade. |
| Nome da Disciplina: |
| Curso de graduação ou Departamento ou Chefia a que se vincula: |
| Código da disciplina: |
| Dia/Horário: |
| Carga Horária: |
| Nome do professor responsável/supervisor: |

**Plano de Trabalho da Disciplina – ESTÁGIO DOCÊNCIA**

**Título da Disciplina: Código:**

**Ementa da disciplina:**

INSERIR AQUI

**Conteúdo/Cronograma:**

**Objetivos:**

INSERIR AQUI

**Metodologia:**

INSERIR AQUI

**Avaliação:**

INSERIR AQUI

**Bibliografia:**

INSERIR AQUI

LOCAL, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura Professor a Disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Orientador (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Mestrando (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*“Este documento deve ser encaminhado via processo ao Departamento ou Chefia no qual a disciplina é vinculada, com pelo menos 30 dias antes de cada período para ser apreciado em reunião Departamental”.*