

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC**

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 1.919 de 03.06.2005

**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE ESTÁGIO EM DOCÊNCIA ESTÁGIO NA PRÁTICA DOCENTE**

Informamos à Coordenação do PPG Ciências da Saúde da UNESC, assim como ao professor da disciplina Estágio na Prática Docente (I ou II) que estarei iniciando o “Estágio na Prática Docente” conforme cronograma abaixo, tendo o conhecimento e aprovação do coordenador do curso de graduação, assim como o do meu orientador e do professor responsável pela disciplina.

Observação: o aluno deve estar ciente de que, como pré-requisito para o estágio na prática docente (I ou II), deverá ter cursado a disciplina de Metodologia de Ensino Superior, bem como realizar um curso de planejamento de aula ofertado pela disciplina de Estágio na Prática Docente I e II, realizado antes do aluno iniciar o estágio em sala de aula.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Horário | Curso de  Graduação | Disciplina | Hora/Aula |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Obs.: O “Estágio na Prática Docente I deverá ter no mínimo 15 horas e o Estágio na Prática Docente II deverá ter no mínimo 30 horas”.

Criciúma (SC), DIA de MÊS de ANO.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  Prof. Dr. NOME DO PROFESSOR  Orientador do PPGCS | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  Prof. Dr. NOME DO PROFESSOR  Professor de Estágio na Prática Docente (I ou II) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  Prof. NOME DO PROFESSOR  Coordenador do Curso de NOME | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  Prof. NOME DO PROFESSOR  Professor responsável pela disciplina de NOME |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  Prof. NOME DO PROFESSOR  Coordenador de PPGCS | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  NOME DO ESTAGIÁRIO  Aluno do PPGCS |