|  |
| --- |
| Logo |

#### UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO**

**DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)**

**Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 609 de 14.03.2019**

**FORMULÁRIO DE MATRÍCULA NA DISCIPLINA DE 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.

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

Obs.: O “Estágio na Prática Docente I deve ter no mínimo 15 horas e o Estágio na Prática Docente II deve 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 Estagio 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 |