|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **hex10** | **Imagem relacionadaUNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ** **Departamento de Farmácia****Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas** | **Imagem relacionadaImagem relacionadaImagem relacionadaImagem relacionadaImagem relacionadaImagem relacionadaImagem relacionada** |

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA NA DISCIPLINA

**ATIVIDADES EXTENSIONISTAS NA PÓS-GRADUAÇÃO I**

Ilmo(a). Sr(a).

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

O Pós-graduando (a) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R.A. nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno de ( ) Mestrado ( ) Doutorado, vem requerer sua matrícula na disciplina **Atividades extensionistas na Pós-graduação I** (1 crédito, 15 horas).

**Instruções:**

 Para que o crédito seja aprovado, informe quais as atividades de extensão foram realizadas. Informar e contabilizar somente a carga horária passível de comprovação.

 Todas as atividades aqui descritas devem ser comprovadas. Anexar os documentos a este formulário

 Caso a carga horária tenha sido cumprida em mais de um projeto, informe as atividades desenvolvidas em cada projeto.

*(copie e cole os quadros quantas vezes forem necessárias)*

|  |
| --- |
| **Dados do projeto de extensão** |
| Nome do projeto:  |
| Número de cadastro institucional:  |
| Coordenador do projeto:  |
| Carga horária cumprida no projeto:  |
|  |
| Assinatura do coordenador do projeto |

|  |
| --- |
| Descrição das Atividades desenvolvidas no Projeto vinculado |
|  |
| Descrever o benefício sociocultural das atividades extensionistas: |
|  |
| Descrever qual benefício as atividades extensionistas desenvolvidas trouxeram para sua formação acadêmica |
|  |

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Pós-Graduando

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador