|  |  |
| --- | --- |
|  *Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg* **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas - CCMF** **Campus de Cascavel-PR** **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.** |  |

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA EM ESTÁGIO EM DOCÊNCIA**

Solicito dispensa da realização do Estágio em Docência e convalidação dessas atividades por já exercer atividade docente profissional conforme indicado a seguir, com ciência e concordância de meu orientador.

|  |
| --- |
| NOME DO DISCENTE: |
| NOME DO ORIENTADOR: |
| ATIVIDADE DOCENTE EXERCIDA: |
| CURSO: |
| INSTITUIÇÃO: |
| TEMPO DE EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DOCENTE: |

Declaramos estar cientes e de acordo com o Regulamento do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

**Local, data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do discente | Assinatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do orientador |
|  |

Parecer do Colegiado sobre o pedido da dispensa: ( ) Deferido ( ) Indeferido

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

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