|  |  |
| --- | --- |
| Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg  **Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Farmacêuticas**  **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF**  **Campus de Cascavel - Rua Universitária, 2069.**  **CEP 85.819-110 – Cascavel/PR – Fone:+55 (45) 3220-7290** |  |

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**TERMO DE ANUÊNCIA DO DOCENTE PARA MINISTRAR AULAS REMOTAS SÍNCRONAS POR VIDEOCONFERÊNCIA**

Eu, Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, como **DOCENTE,** que aderi a **substituição de aulas presenciais por aulas remotas síncronas por videoconferência,** em caráter excepcional, durante o período de suspensão de atividades presenciais, devido à Pandemia da Covid-19, na(s) disciplina(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deste Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

Declaro, que realizei a atualização do Plano de Ensino da(s) referida(s) disciplinas(s), informando na metodologia os recursos tecnológicos que serão utilizados nas aulas síncronas remotas, de acordo com as Instruções Normativas, Regulamento do Programa de Pós-Graduação.

Atenciosamente,

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

NOME COMPLETO DO DOCENTE

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas