|  |  |
| --- | --- |
|  *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 por já exercer atividade docente conforme Regulamento do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, artigo 22:

*“*O discente que comprovar experiência na docência como responsável por disciplinas ministradas em cursos de graduação em Instituições Públicas ou Privadas de Ensino Superior em Ciências Farmacêuticas ou áreas afins, pode solicitar dispensa do estágio, que será avaliada pelo Colegiado do Programa*.”*

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

Anexar comprovantes.

**Cascavel,** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura Discente Assinatura Orientador (a)

Parecer do Colegiado

( ) Deferido ( ) Indeferido, Ata nº \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Assinatura Coordenador (a)