|  |  |
| --- | --- |
| *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 ESTÁGIO EM DOCÊNCIA**

Solicitamos a homologação da realização do Estágio em Docência do discente abaixo relacionado, sob minha orientação e supervisão definidas a seguir, em concordância com o Curso de graduação onde a referida disciplina será ministrada, de acordo com aprovação/Termo de Ciência em anexo emitido pelo Coordenador do referido Curso.

|  |
| --- |
| NOME DO DISCENTE: |
| NOME DO ORIENTADOR: |
| DISCIPLINA EM QUE O DISCENTE REALIZARÁ O ESTÁGIO: |
| CURSO: |
| INSTITUIÇÃO: |
| NOME DO DOCENTE SUPERVISOR (RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA): |

Declaramos estar cientes e de acordo com o Regulamento do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, onde todas as atividades de Estágio em Docência descritas no Plano e Cronograma a em anexo serão realizadas sob supervisão direta do docente supervisor, responsável pela disciplina, inclusive as aulas que estiverem descritas no Plano de Trabalho.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do discente | Assinatura  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do docente supervisor |
| Assinatura  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do orientador | |

\*Anexar parecer do Colegiado da Graduação/Coordenador