**ANEXO I – TERMO DE COMPROMISSO**

Pelo presente termo de compromisso, eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, lotado(a) no \_\_\_\_\_\_\_\_(*nome do Centro de lotação*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *campus* de \_\_\_\_\_\_(*nome do campus*)\_\_\_\_\_\_\_, em virtude de minha possível participação no Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública, nível demestrado, Centro de Educação Letras e Saúde, Campus de Foz do Iguaçu, comprometo-me a permanecer no curso, caso seja aprovado, por um período mínimo de 04 (quatro) anos na mesma categoria (professor permanente ou colaborador). Da mesma forma, assumo o compromisso de prestar as informações necessárias para o preenchimento do relatório anual Coleta de Dados CAPES.

Declaro também, que atualmente estou credenciado como docente no(s) curso(s) de pós-graduação *stricto sensu* abaixo relacionado(s):

\_\_\_\_\_(*nome do curso*)\_\_\_\_\_\_ (*instituição*)\_\_\_\_\_\_ (*categoria: permanente/colaborador*)\_\_\_\_\_

*Local e data*

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

Assinatura do docente

**ANEXO II – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome do diretor(a)*)\_\_\_\_\_\_\_\_, Diretor(a) do Centro \_\_\_\_\_\_\_\_(*nome do Centro*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do *Campus* de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome do Campus*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro(a), pelo presente termo, estar ciente e concordar com a participação do(a) servidor \_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública, nível de mestrado, no qual irá cumprir a carga horária estabelecida no projeto, caso o Programa venha a ser recomendado pela CAPES.

*Local e data*

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

Assinatura do(a) Diretor(a)

|  |
| --- |
| **ANEXO III – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO DOCENTE E CARTA** |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome: |
| RG | Órgão Emissor | UF | Data de Expedição | Data de Nascimento |
|  |  |  |  |  |
| Naturalidade | C.P.F. | Passaporte |
|  |  |  |
| Documento Militar | Tipo | Título de Eleitor | Zona | Seção | Município |
|  |  |  |  |  |  |
| Endereço: |
| Bairro: | Cep: |
| Cidade/Estado: | País: |
| Telefone Residencial: | Celular: | e-mail: |
|  |  |
| **DADOS PROFISSIONAIS** |
| Local de Trabalho: |
| Centro/Departamento: |
| Colegiado: |
| **DADOS ACADÊMICOS** |
| Titulação: |  |
| Área: |  |
| Ano:  |  |
| IES: |  |
| **LINHA DE PESQUISA PRETENDIDA** |  |
| Linha: |  |
| **CARTA DE APRESENTAÇÃO**  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Candidato  |

**ANEXO IV – PLANO DE ENSINO - PERÍODO LETIVO/ANO 2022**

**Programa:** Saúde Pública em Região de Fronteira

**Área de Concentração:** Saúde Pública

**Mestrado** (X**) Doutorado ( )**

**Centro:** Centro de Educação, Letras e Saúde

**Campus:** Foz do Iguaçu - PR

#### DISCIPLINA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Código | **Nome** | **Carga horária** |
| AT1 | **AP2** | **Total** |  |
|  |  | **60** |  | **60** |  |

(1 Aula Teórica;**2** Aula Prática)

#### Ementa

|  |
| --- |
|  |

#### Objetivos

|  |
| --- |
|  |

#### Conteúdo Programático

#### Atividades Práticas – grupos de ... alunos

|  |
| --- |
|  |

#### Metodologia

|  |
| --- |
|  |

#### Avaliação

(critérios, mecanismos, instrumentos e periodicidade)

|  |
| --- |
|  |

#### Bibliografia básica

**Bibliografia complementar**

#### Docente

**Data / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Assinatura do docente responsável pela disciplina

#### Colegiado do Programa **(aprovação)**

|  |
| --- |
| **Ata nº , de / / .****Coordenador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**assinatura |

#### Conselho de Centro **(homologação)**

|  |
| --- |
| **Ata de nº , de / /** **Diretor de Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**assinatura |

Encaminhada cópia à Secretaria Acadêmica em: / / .

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

 Nome/assinatura