

PROJETO DE ENSINO

REG. Nº: PE – CURSO-00x/200x.

1. IDENTIFICAÇÃO

| |
|---------------------------------|
| Áreas do Conhecimento – (CNPq): |
| Disciplina: |
| Curso: |

| Professor(s) – Gestor (es): | | | |
|-----------------------------|-----------|------------|---------------|
| Nome | Titulação | *Categoria | E-mail / Fone |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Categoria* Indicar: T40,T24 , Horista ou Visitante

| Título do Projeto: | | | | |
|--------------------|-----|-------------|-----------------------------------|---|
| Equipe: | | | | |
| Nome | R.A | Curso/Turma | Atividade Desenvolvida no projeto | Carga horária semanal Dedicada ao projeto |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. OBJETIVO DO PROJETO

| |
|--|
| |
|--|

3. JUSTIFICATIVA

| |
|--|
| |
|--|

4. RESUMO DO PROJETO

Descrição sucinta do projeto, metodologia indicação de palavras chave, bibliografia.

5 ARTICULAÇÃO COM PESQUISA E EXTENSÃO

O Projeto está vinculado a uma atividade acadêmica

- de extensão pesquisa
 Sim Qual (is) e de que curso ?
 Não

5.1 INTERDISCIPLINARIDADE

O projeto tem características interdisciplinares? Não Sim.

Quais as áreas do conhecimento que são integradas? Como?

Quais as disciplinas pelas quais interage? Como?

6 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

| ATIVIDADES | MÊS | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
|------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

7 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

| Dias | | | | | | | | CH semanal total |
|------------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|--|------------------|
| | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | | |
| Turno | | | | | | | | |
| Matutino | | | | | | | | |
| Vespertino | | | | | | | | |
| Noturno | | | | | | | | |

8 AVALIAÇÃO

a) Tipo de avaliação que será utilizada:

- Qualitativa Quantitativa Mista

b) Procedimentos que serão utilizados (poderá ser marcada mais de uma opção):

- Entrevistas Reuniões Seminários Questionários
 Controle de frequência de atendimento do público alvo Relatórios
 Outro(s) Especifique:

c) Periodicidade da avaliação (poderá ser marcada mais de uma opção):

- Diária Semanal Quinzenal Mensal Semestral Anual

d) Sujeito(s) que realiza(m) a avaliação (poderá ser marcada mais de uma opção):
() Usuário () Alunos () Professor () Coordenador () Outro. Especificar:

9 ORÇAMENTO

| DISCRIMINAÇÃO | SUBTOTAL |
|---|-----------------|
| Material de Consumo | R\$ |
| Outros Serviços de Terceiros/ Pessoa Física | R\$ |
| Outros Serviços de Terceiros/ Pessoa Jurídica | R\$ |
| TOTAL GERAL | R\$ |

(1) Se houver apoio/financiamento de parceria(s) especificar em folha anexa.

(2) Anexar relação do material de consumo a ser adquirido especificando os custos unitários e totais, discriminar os trechos de passagens e detalhar as despesas com pessoas física e jurídica.

OBSERVAÇÕES (se for o caso)

Data:

Nome e Assinatura do Coordenador:

Aprovação Conselho de Curso

Data:

(Anexar Ata)

Encaminhamento à Diretoria de Ensino em: