****

ETAPA 1 – CAMPO DESTINADO AO ESTUDANTE

**CADASTRO DE ESTUDANTE EM PROJETO DE EXTENSÃO**

FOTO 3X4

**DADOS DO ESTUDANTE**

**Dados de Identificação**

Nome:

CPF: RG:

Data de Nascimento:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Dados Residenciais**

CEP:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

**Contato**

Telefones (residencial, comercial, celular, outro):

E-mail:

**Instituição de Origem**

Universidade/Faculdade/Escola:

E-mail de Contato: Fone:

Curso: Matrícula:

Módulo/Semestre/Ano:

Nº Apólice de Seguro: Seguradora:

**Dados do Projeto de Extensão**

Título do Projeto:

Código do cadastro/HUSFP:

Coordenador Geral:

Período de Realização: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Turno(s): ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite 1 ( ) Noite 2 ( ) Intermediário ( ) Plantão

Horário:

Data do pedido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Assinatura do Estudante

ETAPA 2 – CAMPO DESTINADO AO SETOR/SERVIÇO/UNIDADE DE APLICAÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO

**DADOS DO ORIENTADOR DO PROJETO DE EXTENSÃO NO HUSFP**

Nome:

Setor: Cargo:

Àrea Profissional:

Horário de Trabalho: Dias/Semana:

Aprovo a realização do Projeto de Extensão solicitado pelo estudante/acadêmico no Serviço/Setor/Unidade do curso , responsabilizando-me pela acompanhante deste projeto.

Período: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Turno(s) : ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Intermediário ( ) Noite 1 ( ) Noite 2 ( ) Plantão

Horário: das as , com intervalo das as .

Dias da semana:( ) Domingo ( ) Segunda ( ) Terça ( ) Quarta ( ) Quinta ( ) Sexta ( ) Sábado

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

Assinatura do Orientador do Projeto de Extensão/HUSFP

**DADOS DO ORIENTADOR DO PROJETO DE EXTENSÃO NO HUSFP**

Nome:

Setor: Cargo:

Àrea Profissional:

Horário de Trabalho: Dias/Semana:

Aprovo a realização do Projeto de Extensão solicitado pelo estudante/acadêmico no Serviço/Setor/Unidade do curso , responsabilizando-me pela acompanhante deste projeto.

Período: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Turno(s) : ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Intermediário ( ) Noite 1 ( ) Noite 2 ( ) Plantão

Horário: das as , com intervalo das as .

Dias da semana:( ) Domingo ( ) Segunda ( ) Terça ( ) Quarta ( ) Quinta ( ) Sexta ( ) Sábado

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

Assinatura do Orientador do Projeto de Extensão/HUSFP

**DADOS DO ORIENTADOR DO PROJETO DE EXTENSÃO NO HUSFP**

Nome:

Setor: Cargo:

Àrea Profissional:

Horário de Trabalho: Dias/Semana:

Aprovo a realização do Projeto de Extensão solicitado pelo estudante/acadêmico no Serviço/Setor/Unidade do curso , responsabilizando-me pela acompanhante deste projeto.

Período: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Turno(s) : ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Intermediário ( ) Noite 1 ( ) Noite 2 ( ) Plantão

Horário: das as , com intervalo das as .

Dias da semana:( ) Domingo ( ) Segunda ( ) Terça ( ) Quarta ( ) Quinta ( ) Sexta ( ) Sábado

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

Assinatura do Orientador do Projeto de Extensão/HUSFP

ETAPA 3 – CAMPO DESTINADO AO NÚCLEO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E PESQUISA

A documentação do Projeto de Extensão está:

( ) Completa

Documentação faltante: NA (para situação que não se aplica)

( ) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) – fornecido pelo médico do trabalho do HUSFP (quando necessário)\*

( ) Comprovante de Matrícula

( ) Carteira de Vacinação (Hepatite B) - Cópia Simples (quando necessário)\*

( ) Folha de rosto do Projeto de Extensão assinado e protocolado

( ) Apólice de seguro do contrato ou declaração da instituição formadora – Cópia Simples (quando necessário)\*

**Obs: (\*) Os referidos documentos serão solicitados quando se tratar de atividades que envolvam riscos ocupacionais.**

Revisado por:

Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Assinatura do conferente

ETAPA 4 – CAMPO DESTINADO AO NÚCLEO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E PESQUISA

PARECER FINAL ( ) DEFERIDO ( ) NÃO DEFERIDO

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Coordenação de Gestão Acadêmica