|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA PROJETO DE EXTENSÃO** | | | | | |
| **Título da Atividade de Extensão** | |  | | | |
| **Nome do Proponente** | |  | | | |
| **Tel /Email** | |  | | | |
| **Informar se é** Programa ( )Projeto ( )Cursos e Oficinas ( )Eventos ( )Prestação de Serviço ( ) | | | | | |
| **Projeto Multidisciplinar** | | ( ) Sim ( ) Não | | | |
| **Outros cursos envolvidos** | | Enfermagem ( ) Fisioterapia ( ) Medicina ( ) Serviço Social ( ) | | | |
| **Coordenador(a) (obrigatoriamente deve ser um professor da EMESCAM; somente um coordenador)** | | | | | |
| **Nome:** | | Disciplina: | | Carga horaria semanal na Instituição: | |
| Curso: | | Carga horária semanal no projeto de extensão: | |
| **Outros profissionais envolvidos se houver (acrescentar quantas linhas forem necessárias)** | | | | | |
| **Professor da EMESCAM** | | | | | |
| **Nome:** | | **Disciplina:**  **Curso:**  **Carga horária semanal na Instituição:**  **Carga horária semanal no projeto de extensão:** | | | |
| **Se houver Professor de outra Instituição** | | | | | |
| **Nome:** | | **Nome da Instituição:**  **Ciência do termo de participação voluntária: ( ) SIM ( ) NÃO** | | | |
| **Justificativa (máximo 250 caracteres)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Objetivos Gerais** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Objetivos específicos** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Descrever as atividades propostas no projeto** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Duração das atividades (no formato dd/mm/aaaa**) | | | | | |
| Data de início: Data término:  Carga horária total do Projeto: | | | | | |
| **CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES (acrescentar quantas linhas forem necessárias)** | | | | | |
| **Data (dd,mm, aaaa)** | **Carga horária** | | **Professor** | | **Conteúdo** |
|  |  | |  | |  |
| **RESULTADOS ESPERADOS** | | | | | |
|  | | | | | |
| **PUBLICO ALVO (Comunidade Externa)** | | | | | |
| ***Descrição do público que será beneficiado pelo projeto:*** | | | | | |
| **Número de vagas:** | | | | | |
| **Estimativa de número de beneficiários:** | | | | | |
| **EXTENSIONISTAS (APENAS ALUNOS MATRICULADOS NOS CURSOS DA EMESCAM)** | | | | | |
| **Período apto e curso para participação:** | | | | | |
| **Período de Inscrição:** | | | | | |
| **Data divulgação do edital:** | | | | | |
| **Número máximo de vagas:** | | | | | |
| **Pré-requisitos** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Critérios de seleção** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Descrição das atividades a serem desenvolvidas pelos alunos extensionistas** | | | | | |
|  | | | | | |
| **PARCERIAS** (Quando existir o parceiro externo como instituições assistenciais, ONGS, empresas públicas ou privadas, entre outros, os mesmos devem ser especificados – acrescentar quantas linhas forem necessárias) | | | | | |
| **Identificação do parceiro** | | **Tipo de parceria** | | | |
|  | |  | | | |
| **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA (**Mínimo de 3 referências obedecendo as normas da ABNT) | | | | | |
|  | | | | | |

Vitória-ES, \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ de \_\_\_\_.

**Assinatura do Proponente do Projeto**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARECER DA COORDENAÇÃO DE EXTENSÃO** | | | | |
| **Deferido** |  | **Indeferido** |  |  |
| **Data** |  | | | |
| **Assinatura** |  | | | |
| Justificativa: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARECER DO COLEGIADO DO CURSO** | | | | |
| **Deferido** |  | **Indeferido** |  |  |
| **Data** |  | | | |
| **Assinatura** |  | | | |
| Justificativa: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARECER DA DIREÇÃO** | | | | |
| **Deferido** |  | **Indeferido** |  |  |
| **Data** |  | | | |
| **Assinatura** |  | | | |