RESOLUÇÃO CONSUP/IFES nº 72

ANEXO I

**Relação dos cursos interessados em participar do PED**

Declaro que estou ciente do funcionamento do Programa Estágio Docente. Informo os Cursos interessados em receber Estagiário do PED e demais informações pertinentes.

|  |  |
| --- | --- |
| **Campus do Ifes** |  |
| **Curso Interessado** | **Estágio à Docência** | **Disciplina** | **CH semanal** | **Professor Responsável**  | **Vagas** | **Turno (matutino, vespertino, noturno)** | **Ementa da Disciplina** |
|  | I ( ) II ( ) III ( ) |  |  |  |  |  |  |
|  | I ( ) II ( ) III ( ) |  |  |  |  |  |  |
|  | I ( ) II ( ) III ( ) |  |  |  |  |  |  |
|  | I ( ) II ( ) III ( ) |  |  |  |  |  |  |
|  | I ( ) II ( ) III ( ) |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura - Coordenador do CursoSiape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura – Diretor de EnsinoSiape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |