|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RELATÓRIO DE PROGRAMA DE EXTENSÃO** | Versão 01 |

|  |
| --- |
| 1. **Título do Programa:**
* **Coordenador docente do programa (obrigatório):**
* **Coordenador adjunto do programa (se houver):**
* **Projetos envolvidos (obrigatório):**
* **Outras ações de extensão envolvidas (se houver: oficinas, cursos, eventos):**
 |

|  |
| --- |
| **02. Unidades Envolvidas (centro, núcleo e curso do coordenador docente):** |

|  |
| --- |
| **03. Parceiros:** |

|  |
| --- |
| **04. Público Atingido (quantificação)**  |

**EQUIPE ENVOLVIDA NA EXECUÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Docentes** | **Técnicos** | **Alunos de Graduação** | **Alunos de****Pós-graduação** |
| **UNCISAL** |
|  |  |  |  |
| **Comunidade** | **Docentes**  | **Alunos de graduação** | **Alunos de****Pós-graduação** |
|  | **OUTRAS INSTITUIÇÕES** |
|  |  |  |  |
| **Quantificação total:** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5. Equipe Envolvida Na Execução**  |
| **05.1 Relação Nominal dos discentes:** |
| Nome completo | **Curso / Instituição** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **05.2 Relação Nominal dos docentes:** |
| Nome Completo | **Curso / Instituição** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **05.3 Relação Nominal dos profissionais técnico administrativos:** |
| Nome Completo | **Curso / Instituição** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **06. Período de Realização:**Início:Término:Continuidade? |

|  |
| --- |
| **07. Resultados Alcançados:** (Objetivos e Metas) |

|  |
| --- |
| **08. Dificuldades Encontradas:** |

|  |
| --- |
| **09. Propostas para soluções das dificuldades encontradas:** |

|  |
| --- |
| **10. Coordenador do Programa:**. |
| **Nome Completo:** |
| **Mestre: BD21504_ Doutor: BD21504_ Especialista: BD21504_** |
| Local e Data: | Assinatura/Carimbo: |
| **11. Coordenador adjunto do programa:**  |
| **Nome Completo:** |
| Local e Data: | Assinatura/Carimbo: |
| **12. Supervisão de Extensão:**  |
| Local e Data: | Assinatura/Carimbo: |

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES:** - Caso o Programa de Extensão tenha recursos financeiros envolvidos, entregar em anexo o formulário de prestação de contas.- Qualquer ação extensionista requer o preenchimento da **LISTA DE FREQÜÊNCIA** disponível no site.  |



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS

 **UNCISAL**

Transformada pela Lei n°6.660 de 28 de dezembro de 2005

*Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113, Trapiche da Barra,*

 *CEP 57.010.382, Maceió/AL.*

Pró-Reitoria de Extensão

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro, para os devidos fins, que o Programa intitulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob minha coordenação, realizado no período/nos dias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, arrecadou a quantia R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob a forma de taxas de inscrição dos participantes (taxas no valor de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cada), não sendo repassada para a Pró-Reitoria de Extensão - PROEXT da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL nenhuma quantia em dinheiro, cheque ou outra forma de pagamento.

Ressalto que esta verba fora utilizada com as despesas do referido curso/evento, conforme planilha preenchida no cadastramento.

Maceió, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_.

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

**Assinatura/Carimbo do Coordenador do Programa**.