



## REQUERIMENTO DE ESTÁGIO DOCENTE

1. Identificação do interessado			
Nome		Matrícula	
E-mail	Telefone	Nível ( ) ME ( ) DO	Período

### 2. Solicitação / Termo de Notificação

Eu, \_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Pós-Graduação em Odontologia, área de Concentração \_\_\_\_\_, orientado pelo professor \_\_\_\_\_, venho através deste requerer a realização de Estágio Docente na disciplina/clínica \_\_\_\_\_, ministrada/coordenada pelo(a) professor(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Observações:

---

---

---

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do interessado

### 3. Parecer do coordenador da disciplina

( ) Deferido

Professor supervisor: \_\_\_\_\_

( ) Indeferido

Justificativa:

---

---

---

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Coordenador da disciplina



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

RELATÓRIO – PROGRAMA DE ESTÁGIO DOCENTE

MESTRADO ( )  
DOUTORADO ( )

Ano 20\_\_\_\_, 1º ( ) ou 2º ( ) Semestre.

ALUNO INSCRITO: \_\_\_\_\_

PROFESSOR SUPERVISOR: \_\_\_\_\_

Declaro que o aluno \_\_\_\_\_,  
regularmente matriculado no Programa de Pós-graduação da UERJ, cumpriu com todas as  
atividades exigidas pela deliberação nº 022/2000, assumindo, exclusivamente, os encargos  
estabelecidos no seu plano de trabalho, e apresentando Relatório Final ao Professor-supervisor.  
Todo o estágio foi cumprido na graduação, e perfez \_\_\_\_\_ horas de atividades na disciplina:

\_\_\_\_\_

Conceito Final/Nota	( )
---------------------	-----

Avaliação	( )Aprovado	( )Reprovado
-----------	-------------	--------------

\_\_\_\_\_

Assinatura Professor-Supervisor

Homologação Pós-graduação Stricto Sensu:

\_\_\_\_\_

Coordenação do PPG