



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