

Formulário para Relatório de Ação de Extensão Universitária N°: _____

- I. As propostas de Ação de Extensão, deverão ser protocoladas na Secretaria do Centro de Estudos Professor Severino Sombra, pelo(a) Coordenador(a) da Ação ou pelo docente envolvido;
- II. Será recebida na Secretaria do Centro de Estudos Professor Severino Sombra uma via impressa em papel tamanho A4, assinada pelo responsável da Ação. Caso o responsável tenha vínculo como docente na Universidade de Vassouras, deverá submeter a proposta para a coordenação de seu curso afim de dar ciência e aprovação. Caso o coordenador da ação seja colaborador do HUV deverá submeter o relatório para o coordenador do serviço dar ciência e aprovação;
- III. Qualquer proposta de Curso ou Evento que necessitem da confecção de material gráfico, deverá ser apresentada nesta Secretaria com até 45 (quarenta e cinco) dias antecedentes a data de início de sua execução;
- IV. O Relatório Final deverá ser entregue nesta Secretaria até 15 (quinze) dias após sua execução, pois o não cumprimento desse prazo, acarretará no cancelamento da proposta (neste caso fica a coordenação do curso envolvido, incumbida de emitir declaração aos participantes para que os mesmos não sejam prejudicados).
- V. Terão direito a certificação aqueles que cumprirem 75% (setenta e cinco) da carga horária do Curso ou Evento do qual participou;
- VI. Apenas a assinatura do participante na lista de presença, comprovará sua participação, não sendo aceita nenhuma outra justificativa, para emissão do certificado;
- VII. Para as Ações que envolvam as Feiras Multidisciplinares e Ensino Responsável, os coordenadores de curso deverão responder à solicitação quanto à participação do curso, no prazo de 7 (sete) dias.

Ciente ao termo acima.

Título

Identificação do Coordenador

Nome: _____

Titulação: _____

Link Lattes: _____

E-mail: _____

Telefone para contato: _____

Professor: () Sim () Não

Ministrante: () Sim () Não

Profissional do HUV: () Sim () Não

Formulário para Relatório de Ação de Extensão Universitária

1. Execução

1.1. Período de: ____/____/____ a ____/____/____

1.2. Horário: _____ Carga horária: _____ horas

2. Metodologia utilizada na realização da proposta: (obrigatório)

3. Alcance dos objetivos (mínimo 10 linhas): (obrigatório)

Formulário para Relatório de Ação de Extensão Universitária

4. Outras informações relevantes:

5. Equipe Executora:

5.1. Indique o nome de todos os envolvidos na execução da proposta em questão, conforme as especificações abaixo:

Nome: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Matrícula (obrigatório): _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Nome: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Matrícula (obrigatório): _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

* Se preciso, utilizar Anexo I

5.2. Indique as instituições externas envolvidas (se aplicável):

Nome da instituição

Modalidade da relação
(convênio, apoio, etc)

6. Número de participantes envolvidos na atividade: (obrigatório)

6.1. Docentes: _____ 6.2. Discentes: _____ 6.3. Comunidade: Feminino (total): _____

Masculino (total): _____ Crianças (até 11 anos): _____ Adolescentes (12 a 18 anos): _____

Adulto (19 a 59 anos): _____ Idosos (acima de 60 anos): _____

N.º de Beneficiários atendidos de forma gratuita: _____ N.º de Beneficiários atendidos de forma não gratuita: _____

N.º de Beneficiários atendidos de forma parcialmente gratuita: _____ **Total de participantes:** _____

Coordenador da Ação:

Data: ____/____/____

Assinatura

Coordenação de Ensino do HUV:

Data: ____/____/____

Assinatura

Anexos obrigatórios: Lista de presença dos alunos; Lista de participantes (comunidade externa); CD com fotos da atividade

Hospital Universitário de Vassouras - HUV

Rua Vicente Celestino, 201, Madrugá, Vassouras, RJ - CEP: 27700-000

Tel.: (24) 2471-8100 / 2471-8124 / 2471-1499 - Telefax: (24) 2471-2315

Formulário para Projeto de Extensão Universitária

ANEXO I

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não

Nome: _____ Matrícula: _____

Titulação: _____ E-mail: _____

Link Lattes: _____ Tel.: _____

Professor: () Sim () Não **Ministrante:** () Sim () Não **Aluno:** () Sim () Não **Profissional do HUV:** () Sim () Não