



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS LARANJEIRAS DO SUL – PR  
SECRETARIA DA PÓS-GRADUAÇÃO

## REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NA DOCÊNCIA

Mestrando(a): , matrícula nº

Mestrado em:

Orientador(a):

Estágio: ☐ Obrigatório - aluno bolsista ☐ Não obrigatório - iniciativa do aluno

venho requerer a realização do Estágio na Docência no Componente Curricular (CCR) da graduação no curso de

CCR:

Dia e horário:

Créditos do CCR:  Carga horária do CCR:  Semestre:

Professor(a) responsável pelo CCR:

Carga horária de estágio (entre 20% e 40% da carga horária do CCR):

Período de realização do Estágio: de  /  /  a  /  /

### ANEXAR:

- *Plano de ensino do CCR – contendo ementa com os encontros a serem ministrados pelo mestrando*
- *Plano de atividades – contendo as datas e atividades a serem desempenhadas pelo mestrando*

Laranjeiras do Sul-PR,  de  de .

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Mestrando(a)** – (via Gov.br ou original)

### COLETAR A ASSINATURA NOS DESPACHOS:

#### ORIENTADOR:

☐ Ciente e de acordo.

Data:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Orientador(a)** – (via Gov.br ou original com carimbo)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS LARANJEIRAS DO SUL – PR  
SECRETARIA DA PÓS-GRADUAÇÃO

**PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL PELO CCR DO CURSO DA GRADUAÇÃO:**

☐ Comprometo-me a assistir às aulas que o Pós-graduando ministrará no CCR de graduação sob minha responsabilidade e, ao final das atividades previstas, emitirei prontamente relatório de desempenho à Secretaria do Programa.

Data:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do supervisor responsável pelo CCR – (via Gov.br ou original com carimbo)**

**COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO:**

☐ Ciente e de acordo.

Data:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Coordenador(a) do Curso da Graduação – (via Gov.br ou original com carimbo)**

**COMISSÃO DE BOLSAS (quando aplicável):**

☐ Ciente e de acordo.

Data:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Presidente da Comissão de Bolsas – (via Gov.br ou original com carimbo)**

**COORDENAÇÃO DO PPG:**

☐ Ciente e de acordo.

Data:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa – (via Gov.br ou original com carimbo)**

*Dúvidas contatar a Secretaria da Pós-graduação: [sec.posgrad.ls@uffs.edu.br](mailto:sec.posgrad.ls@uffs.edu.br) - fone/whats (42) 3635-0042*

PARA USO DA SECRETARIA:

Nº. do protocolo: \_\_\_\_/SEPG-LS/\_\_\_\_ Realizado no sistema em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Servidor: \_\_\_\_\_