Modelo Próprio de Projeto de Ensino

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO** | | | | | | | | | | | |
| Nome do(s) coordenador(es) do projeto: | | | | | | | | | | CPF: | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Cargo e/ou função: | | | | | | | Titulação de mais alto nível: | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| Matrícula SIAPE: | | | Câmpus de lotação: | | | | Departamento/setor: | | | | |
|  | | | Uruaçu | | | | Áreas Acadêmicas – Uruaçu | | | | |
| Telefone Fixo: | | | Telefone Celular: | | | | Identidade/Org. Emissor: | | | | UF: |
| ( ) | | | ( ) | | | |  | | | |  |
| Sexo: | Escolha | | Área de atuação do(a) coordenador(a) | | | | e-mail: | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| Endereço completo: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Bairro: | | | Cidade: | | | UF: | | | | CEP: | |
|  | | |  | | |  | | | |  | |
| Situação do projeto: | |  | Projeto novo |  | Renovação de projeto semestral | | |  |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROJETO DE ENSINO** | | |
| **1. IDENTIFICAÇÃO** | | |
| **Título:** | | |
| **Coordenador(a):** | | |
| **Vigência:** meses Período: de até | | |
| **Carga Horária Total:** | | |
| **Dias da Semana:** Horário: | | |
| **Espaço Pretendido:** | | |
| **Equipe:** | | |
| **SERVIDOR/ALUNO/PALESTRANTE** | **CARGO** | **ATRIBUIÇÃO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **2. ÁREAS DE CONHECIMENTO ENVOLVIDA(S):** |
| ( ) Ciências exatas e da terra ( ) Ciências sociais aplicadas  ( ) Ciências biológicas ( ) Ciências humanas  ( ) Engenharias ( ) Linguísticas, letras e arte  ( ) Ciências da saúde ( ) Multidisciplinar  ( ) Ciências agrárias |

|  |
| --- |
| **3. PÚBLICO ALVO** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS CURSISTAS** |
|  |
| **6. JUSTIFICATIVA** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. OBJETIVOS** |
|  |

|  |
| --- |
| **8. METODOLOGIA** |
|  |

|  |
| --- |
| **9. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO** |
|  |

|  |
| --- |
| **10. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS** |
|  |

|  |
| --- |
| **11. REFERÊNCIAS** |
|  |

Declaro que o projeto de ensino atende as orientações e objetivos do Instituto Federal de Goiás e que as informações prestadas são verdadeiras.

Uruaçu-GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordenação / Proponente** | **Chefe do Departamento de Áreas Acadêmicas** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carimbo/Assinatura |