GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Universidade Estadual de Montes Claros
Telefone: (38) 3229-8160/e-mail: prex@unimontes.br

RELATÓRIO TRIMESTRAL DE AÇÕES DE EXTENSÃO

MESES E ANO DE REFERÊNCIA:

TÍTULO DO PROGRAMA/PROJETO:

NÚMERO DE PESSOAS DA EQUIPE DE TRABALHO (COMPROVAÇÃO – ANEXO I E/OU II)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Docente (s)** | **Discente (s)** | **Parceiro (s) Unimontes (Professores convidados ou****outros)** | **Parceiro (s) Externo(s)** |
|  |  |  |  |

ANEXO I - INSTRUMENTO DE REGISTRO DA EQUIPE DE TRABALHO: PROFESSORES E/OU TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOME** | **DEPTO/****SETOR** | **MASP** | **CPF** | **CARGA HORÁRIA** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |

ANEXO II–INSTRUMENTO DE REGISTRO DA EQUIPE DE TRABALHO: ACADÊMICOS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOME** | **CURSO** | **PERÍODO** | **CPF[1]** | **ASSINATURA** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |

[1] Informar o CPF, obrigatoriamente.

AÇÕES DESENVOLVIDAS

|  |
| --- |
| **CURSO (Comprovação – Anexo III)** |
| **Tipo de Curso** | **Carga Horária** | **Nº de Participantes** | **Nome do curso, data, local, comunidade atendida.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Quantidade Total de Cursos:** |

|  |
| --- |
| **EVENTO (Comprovação – Anexo III)** |
| **Tipo de Evento** | **Nº de Participantes** | **Nome do Evento, data, local, comunidade atendida.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Quantidade Total de Eventos:** |

|  |
| --- |
| **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (Comprovação – Anexo III)** |
| **Tipo de Prestação de Serviço** | **Nº de****Atendimentos** | **Nº de****Procedimentos** | **Nome do serviço realizado, data, local,****comunidade atendida.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Quantidade Total de Prestação de Serviço (atendimentos prestados/procedimentos realizados):** |

|  |
| --- |
| **DADOS DE PUBLICAÇÕES E OUTROS PRODUTOS ACADÊMICOS (Comprovação anexa)** |
| **Tipo de publicação e/ou produto acadêmico** | **Nome** | **Data da publicação** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Quantidade Total de publicações e ou produtos acadêmicos:** |

**Justiﬁcativa da não realização de ações no mês:**

**Observações:**

**Nome do Coordenador (a) do Programa/Projeto**