



CAMPUS: _____

CURSO: _____

FORMULÁRIO DE ADESÃO NO PROGRAMA ESPECIAL DE MONITORIA - COMPLEMENTAÇÃO DE CARGA HORÁRIA - 2024/2

DADOS PESSOAIS

Nome _____ RA _____
Semestre _____ Turno _____ E-mail: _____

DADOS DA DISCIPLINA MONITORADA

Disciplina do Programa Regular: _____
Professor(a) Responsável: _____

HORÁRIOS OFICIAIS AUTORIZADOS

HORÁRIOS OFICIAIS AUTORIZADOS		
2ª feira	das:	às:
3ª feira	das:	às:
4ª feira	das:	às:
5ª feira	das:	às:
6ª feira	das:	às:
Sábado	das:	às:

_____, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura do(a) professor(a)

DIRETORIA DO INSTITUTO

Parecer da Diretoria do Instituto: () DEFERIDO () INDEFERIDO
DATA / /2024
Total de horas aprovadas para complementação da monitoria: _____ hs/mês
Assinatura: