



Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
PROPPi - Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
Diretoria de Registro Acadêmico
Setor de Pós-Graduação

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DOCÊNCIA

Discente: RGM: Programa: Pós-Graduação em Agronomia Turma: Unidade:

Aquidauana () Mestrado () Doutorado

Disciplina: Carga Horária:

Curso: Série:

Professor supervisor:

Semestre e ano de realização:

IMPORTANTE

- Não ultrapassar o limite de 4 (quatro) horas semanais;
- Não ultrapassar 50% da carga horária total da disciplina com atividades de ministração de aulas . No entanto, a ministração de aula teórica/prática é apenas uma das partes do estágio de docência, que poderá conter também atividades tais como preparação de aulas, preparação de material didático, estudo dirigido, participação em processos de avaliação, entre outras;
- No caso de mais de um discente realizando estágio na mesma disciplina e semestre, a soma das cargas horárias dos discentes (ministração de aulas + demais atividades) não poderá ultrapassar a carga horária total da disciplina;

Atividades relacionadas a ministração de aulas (se houver)

ATIVIDADE Data:

Hora:

xx/xx/2025 x

Carga horária total em ministração (em horas):

Demais atividades (se houver)

ATIVIDADE Data: Hora:

xx/xx/2025 x



Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
PROPPi - Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
Diretoria de Registro Acadêmico
Setor de Pós-Graduação

Carga horária total em demais

atividades:

Carga horária total:

Data: xx/xx/2025

Orientador:

Data: xx/xx/2025

_____ Assinatura do aluno

_____ Assinatura do Orientador

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DE DOCÊNCIA (pelo supervisor da disciplina)

() APROVADO () REPROVADO

Observações:

Data: xx/xx/2025 Assinatura do Supervisor (responsável pela disciplina)

Aprovação do Colegiado do Programa

Em reunião do Colegiado do Programa realizada no dia ____/____/____, o presente requerimento foi avaliado e:

() Deferido () Indeferido

Observações: _____

Data: ____/____/____

_____ Assinatura do Coordenador
Sob carimbo

Secretaria

Lançado no Sigpós em:



Data: ____ / ____ / ____ _____ Assinatura

Sob carimbo

Obs.: Imprimir no verso do formulário (o formulário deve estar completo com todas as assinaturas e datas)