

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

REGISTRO DE PROJETOS DE ENSINO E/OU LIGAS

A - PROJETO

1-Título:		
2- Curso:		
3- Coordenador(a):	4- Fone:	5- E-mail:
4- Fanpages:		

B - CARACTERIZAÇÃO

6- Resumo:	
7- Equipe (Nome/Matrícula/Função/Curso):	8 - Semestre de Abertura:
9- Parceiros:	

C - TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO

10 - Como coordenador me comprometo a anualmente realizar relatório das atividades realizadas no projeto de ensino descrito, bem como renovar o Projeto a cada 5 anos. Autorizo ainda a publicação das informações do projeto de ensino nas páginas do CCS	
	Data: Assinatura/carimbo:

D - PARECER E CIÊNCIA

Parecer e Aprovação Coordenação de Curso:	Data: / / Assinatura/carimbo:
---	--