



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS FORMIGA

ANEXO II

INDICAÇÃO DE SUBCOORDENADOR DE PROJETO DE EXTENSÃO

TÍTULO DO PROJETO

DADOS DO COORDENADOR (SERVIDOR TEMPORÁRIO)	
NOME:	
E-MAIL:	CEL.:
SIAPE:	
PERÍODO MÁXIMO DE VÍNCULO COM O IFMG: de ____/____/____ até ____/____/____.	

DADOS DO SERVIDOR (EFETIVO) SUBCOORDENADOR , conforme item 4.2.1 do edital: _____	
NOME:	
E-MAIL:	CEL.:
SIAPE:	

Formiga, _____, de _____ de 20____.

Servidor Efetivo

Servidor Temporário

Assinatura do Subcoordenador