|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS****CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**Área de Concentração: Fisioterapia e Desempenho Funcional**Via Washington Luís, Km 235 - CEP. 13.565-905 - SÃO CARLOS - SP TEL: (016) 3351-8448. E-mail: **ppgft@ufscar.br** |
| --- | --- |

**Plano de atividade – Capacitação Docente em Fisioterapia**

Nome do aluno:

Docente responsável pela disciplina da graduação:

Nome da disciplina na Graduação/Departamento:

Nível do curso: ( ) mestrado ( ) doutorado

Período letivo:

Carga horária da disciplina:

Número de horas/aula teórica destinado ao aluno durante o oferecimento da disciplina:

Atividades de participação do aluno:

Ass. do professor responsável pela disciplina da Graduação:

Ass. do orientador do aluno no PPG-Ft:

Ass. do aluno:

| **logoPPGFT2** | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS****CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**Área de Concentração: Fisioterapia e Desempenho Funcional**Via Washington Luís, Km 235 - CEP. 13.565-905 - SÃO CARLOS - SP TEL: (016) 3351-8448. E-mail: **ppgft@ufscar.br** |
| --- | --- |

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DA DISCIPLINA CAPACITAÇÃO DOCENTE**

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito ao Conselho do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia a dispensa da disciplina Capacitação Docente \_\_\_\_\_, conforme Normas do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia para as disciplinas Capacitação Docente em Fisioterapia, artº 7. Segue em anexo documentação que comprova docência em IES.

Assinatura Orientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS****CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA****Área de Concentração: Fisioterapia e Desempenho Funcional**Via Washington Luís, Km 235 - CEP. 13.565-905 - SÃO CARLOS - SP TEL: (016) 3351-8448. E-mail: **ppgft@ufscar.br** |
| --- | --- |

**DISCIPLINA: CAPACITAÇÃO DOCENTE EM FISIOTERAPIA**

**CRÉDITOS:**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Aluno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) mestrado ( ) doutorado

Disciplina da Graduação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente responsável p/disciplina da graduação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: de oferecimento de \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_\_\_

Descrição das atividades realizadas e respectiva carga horária (aulas, atividades extra classe, avaliação de aprendizagem, etc.):

Avaliação do impacto de sua participação na disciplina para melhoria da aprendizagem dos alunos de graduação e sugestões (se houver) para aprimoramento da disciplina:

Avaliação crítica de sua participação nas diferentes atividades, incluindo, aqui, a relativa aos eventos destinados à discussão de temas relacionados ao processo ensino-aprendizagem:

Sugestões para melhoria da disciplina Capacitação Docente em Fisioterapia:

São Carlos, .... de ...................... de 20......

Nome: ................................................................ Ass. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parecer do professor responsável pela disciplina da graduação:

Sugestão de nota (conceito): ............................. % de Freqüência: ....................................

São Carlos, ........ de .......................... de 20 ....

Nome:............................................................... Ass. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciência do Orientador do aluno junto ao PPG-Ft:

São Carlos, ..... de .......................... de 20 ......

Nome: .............................................................. Ass. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Parecer do docente responsável pela disciplina junto ao PPG-Ft:Nota Definitiva (Conceito): ........................... São Carlos, ........ de ......................... de 20.Nome: ............................................................... Ass. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |