



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19/12/86
Recredenciada pelo Decreto nº 9.271 de 14/12/2004
Recredenciada pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016

Pró-Reitoria de Extensão - PROEX



FORMULÁRIO PARA RELATÓRIO ATIVIDADES COMPLEMENTARES

TÍTULO DA ATIVIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) PELA ATIVIDADE COMPLEMENTAR

Nome(s):
N. matrícula:
Departamento:
E-mail:
Telefone:
CPF:

Feira de Santana - Bahia
2020



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19/12/86
Recredenciada pelo Decreto nº 9.271 de 14/12/2004
Recredenciada pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016

Pró-Reitoria de Extensão - PROEX



1. IDENTIFICAÇÃO:

- () Curso
() Grupos de discussão
() Minicursos
() Seminários
() Oficina
() Outro: _____

1.1 Nome do Programa/Projeto ou Núcleo ao qual se vincula:

1.2 Departamento de origem:

1.3 Interdepartamental: () Não () Sim Quais:

- () Institucional (Institucional – quando proposto por membros da UEFS).
() Interinstitucional (Interinstitucional - quando também for proposto por membros de outra instituição).

1.4 Área Temática de Enquadramento Institucional da Atividade Complementar

- () Comunicação () Meio Ambiente
() Cultura () Saúde
() Direitos Humanos e Justiça () Tecnologia e Produção
() Educação () Trabalho

1.5 Período de realização:

Início / / Término / /

1.6 Realização (especificar plataforma de uso):

1.7 Horário de funcionário:

1.8 Carga Horária Semanal da Atividade Complementar: Número de Semanas:

Carga Horária Total da Atividade Complementar:

1.9 Órgãos envolvidos

Proponentes (geralmente os Departamentos).

Apoio (PROEX, centro de estudos, órgãos suplementares, instituições ou entidades externas).

2 Equipe envolvida na Atividade Complementar:

Nome¹ () Categoria*
Dept./Setor Instituição/ Curso / Semestre:
Início Término C.H.semanal
N. matrícula: CPF
Email Telefone () _____ - _____

Nome () Categoria*
Dept./Setor Instituição/ Curso / Semestre:
Início Término C.H.semanal
N. matrícula: CPF

*CATEGORIAS: (1) PROFESSOR; (2) COORDENADOR; (3) FUNCIONÁRIO; (4) COMUNIDADE EXTERNA: considerar a participação dos colaboradores externos na equipe, somente quando seu envolvimento ocorrer na condição de executor do Programa/Projeto/Curso ou Prestador de Serviço Voluntário, indicar a instituição a qual integra. Para a oficialização, faz-se necessário a celebração de Convênio, Termo de Compromisso ou Termo de Adesão; (5) ESTUDANTE VOLUNTÁRIO; (6) BOLSISTA EXTENSÃO; (7) BOLSISTA PESQUISA. SE BOLSISTA, ESPECIFICAR QUAL PROFESSOR É O ORIENTADOR.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19/12/86
Recredenciada pelo Decreto nº 9.271 de 14/12/2004
Recredenciada pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016

Pró-Reitoria de Extensão - PROEX



Email Telefone () _____ - _____

3. CARACTERIZAÇÃO:

3.1 População atendida: (especificar quantitativo – comunidade interna + comunidade externa)

Obs.: Justificar se houve ampliação de vagas em relação ao apresentado na proposta inicial)

3.2 Relação entre os objetivos propostos e alcançados:

3.3 Descrever sucintamente as atividades realizadas/metodologia de execução:

3.4 Avaliação (aspectos positivos, negativos, dificuldades)

3.5 Socialização dos resultados e produtos gerados

ASSINATURA DO COORDENADOR(A) DA ATIVIDADE COMPLEMENTAR

(assinaturas digitalizadas quando enviado por email)