|  |  |
| --- | --- |
| **UFPB color** | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA** |

DISCIPLINA EM ESTÁGIO DOCÊNCIA

João Pessoa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

Para: Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Prezado Coordenador:

Nome do aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do orientador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Vem por meio deste informar a disciplina em estágio docência, no período letivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na seguinte disciplina:

|  |
| --- |
|  |

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do professor

responsável da disciplina