

FOLHA DE ROSTO REGISTRO DE PROJETO

A - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO		
1. Título de projeto:		
2. Curso(s):		
3. Coordenadores do projeto:	3.1 E-mail institucional:	3.2. Contato:
B - ÁREAS TEMÁTICAS (pode marcar mais de uma)	C - MODALIDADE	
<input type="checkbox"/> 01 - Comunicação; <input type="checkbox"/> 02 - Cultura e expressões artísticas, culturais e esportivas; <input type="checkbox"/> 03 - Direitos humanos, inclusão e acessibilidade ; <input type="checkbox"/> 04 - Educação e ética; <input type="checkbox"/> 05 - Meio Ambiente e Sustentabilidade, Responsabilidade Social; <input type="checkbox"/> 06 - Saúde e qualidade de vida; <input type="checkbox"/> 07 - Empreendedorismo e Trabalho; <input type="checkbox"/> 08 - Internacionalização; <input type="checkbox"/> 09 - Empregabilidade; <input type="checkbox"/> 10 - Foco no Egresso/ Acompanhamento do Egresso ; <input type="checkbox"/> 11 - Tecnologia e Inovação;	<input type="checkbox"/> 01 - Projeto; <input type="checkbox"/> 02 - Evento; <input type="checkbox"/> 03 - Prestação de serviço; <input type="checkbox"/> 04 - Campanhas; <input type="checkbox"/> 05 - Programa; <input type="checkbox"/> 06 - Cursos/oficinas;	
D - CARACTERIZAÇÃO		
5. Local de Realização:	6. Período de Realização:	
7. Público Alvo:		
8. Parceiros:		
11 – Terá RECEITA? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	12. Será solicitada receita à AFYA PARNAÍBA? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	R\$
PARECER/CIÊNCIA		
Parecer Direção Geral:	Data: / /	Assinatura /carimbo
Parecer Direção Administrativo/Financeiro:	Data: / /	Assinatura /carimbo
Ciência Coordenação Acadêmica:	Data: / /	Assinatura /carimbo

Ciência Coordenação Curso:	Data: / /	Assinatura /carimbo
Ciência Supervisor de facilites:	Data: / /	Assinatura /carimbo
Ciência Coordenação do Ambulatório Escola:	Data: / /	Assinatura /carimbo
Ciência Coordenação de laboratórios:	Data: / /	Assinatura /carimbo
Recebido pela CoPPEXI para o registro:	Data: / /	Assinatura /carimbo



**CONTE-NOS SUSCINTAMENTE SOBRE O PROJETO PARA
COLOCARMOS NO SITE (até 200 palavras)**



RESPONSABILIDADE
SOCIAL DAS IES
ABMES

REGISTRO DE PROJETO EXTENSÃO

Título de projeto: CLUBE DO LIVRO

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS (pode marcar mais de uma)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 - Erradicação da pobreza | <input type="checkbox"/> 10 - Redução das desigualdades Empregabilidade |
| <input type="checkbox"/> 02 - Erradicação da fome | <input type="checkbox"/> 11 - Cidades e comunidades sustentáveis |
| <input type="checkbox"/> 03 - Saúde e Bem-Estar | <input type="checkbox"/> 12 - Consumo e produção responsáveis |
| <input type="checkbox"/> 04 - Educação de qualidade | <input type="checkbox"/> 13 - Ação contra a Mudança Global do Clima |
| <input type="checkbox"/> 05 - Igualdade de gênero | <input type="checkbox"/> 14 - Vida na Água |
| <input type="checkbox"/> 06 - Água Potável e Saneamento | <input type="checkbox"/> 15 - Vida Terrestre |
| <input type="checkbox"/> 07 - Energia acessível e limpa | <input type="checkbox"/> 16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes |
| <input type="checkbox"/> 08 - Trabalho decente e crescimento econômico | <input type="checkbox"/> 17 - Parcerias e Meios de Implementação |
| <input type="checkbox"/> 09 Inovação e infraestrutura | |

Modalidade:

- Curso: Interno Externo
 Evento: Interno Externo
 Oficina: Interno Externo
 Projeto de Extensão
 Projeto de Extensão EIC
 Programas
 Projeto de Ensino
 Projeto de Inovação
 Projeto de Internacionalização
 Prestação de serviço
 Campanha
 Outro (especifique): _____

Informações adicionais quando for necessário realizar inscrições:

Data de início e término:

Local da inscrição:

Forma de pagamento:

Informações adicionais quando a modalidade: Pesquisa, Projeto integrador ou Projeto de Extensão Curricular

Tipo de pesquisa: qualitativa quantitativa quali-quantitativa NSA

Envolve seres humanos: sim não NSA

***Pesquisa que envolva seres humanos é obrigatória a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o envio do comprovante em anexo. NSA = não se aplica**

Data de realização:



Carga horária total do projeto: _____
 Carga horária do coordenador do projeto: _____
 Carga horária dos estudantes envolvidos: _____
 Carga horária da equipe técnica colaboradora: _____
 Outros participantes (especifique): _____

(OBS: Fica estabelecido que os Projetos de Extensão Curriculares não serão certificados, tendo em vista a natureza da atividade ser obrigatória na matriz curricular do curso.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE ORGANIZADORA

Comissão envolvida (Especificar se são Acadêmicos/ Professores/ Palestrantes) (OBS: Nos projetos de extensão o máximo de alunos permitidos são 25)

COORDENADOR DO PROJETO:	E-MAIL	TELEFONE

ORGANIZADORES

NOME COMPLETO	E-MAIL	MATRICULA

Resumo do projeto: (máximo 250 caracteres)

Público alvo:

Número estimado de pessoas atendidas:

Nº total de participantes envolvidos na operacionalização do projeto (coordenadores(as), docentes, discentes, colaboradores (as) e outros) :

Especificar os nomes das comunidades assistidas:

Haverá doações? Se sim, o que será doado e a quantidade:

Justificativa: (resumida)

Relevância social:

Fundamentação teórica:

Objetivos: (geral e específicos)



Resultados esperados						
Metodologia: (descreva os passos)						
Integração entre Ensino – Pesquisa – Extensão – Inovação Tecnológica – Internacionalização do seu projeto: (descreva)						
Avaliação e acompanhamento do projeto: (se curso, incluir forma de avaliação e frequência)						
Cronograma de atividades: (*se curso, incluir cronograma das aulas com data e tipo de avaliação) Descrever						
PLANEJAMENTO						
DATA	HORÁRIO/ DURAÇÃO	Local	Descrever a atividade			
DESCREVER OS RECURSOS NECESSÁRIOS:						
Apoio e parceria extra institucional:						
RECEITA		DESPESA				
DE QUEM	VALOR	ITEM	QDE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	PAGO A
TOTAL (A)		TOTAL(B)				Total (A-B)
Dependências físicas solicitadas: <input type="checkbox"/> Auditório <input type="checkbox"/> Laboratório de informática <input type="checkbox"/> Laboratório de saúde (especifique) <input type="checkbox"/> Ambulatório Escola (especifique) <input type="checkbox"/> Sala de aula <input type="checkbox"/> Sala invertida <input type="checkbox"/> Centro de eventos <input type="checkbox"/> Outro (especifique) *Informar ao lado a quantidade OBS: BIBLIOTECA						

Itens necessários para execução:

- () Data-show
- () Som, microfone
- () Mesa, cadeira
- () Passagem
- () Hospedagem
- () Outro (especifique)

*Especificar e informar a quantidade

Referências:

DECLARO QUE ESTOU CIENTE DE QUE A EMISSÃO DE TODOS OS CERTIFICADOS REFERENTES A ESTE PROJETO ESTÁ CONDICIONADA À ENTREGA DO RELATÓRIO FINAL, DEVIDAMENTE DOCUMENTADO COM FOTOS E LISTA DE FREQUÊNCIA DOS PARTICIPANTES.

Data:

ASSINATURA DO COORDENADOR DO PROJETO

