

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Campus: | | REGISTRO N^a |
| Boa Vista | | |
| Nome do Curso: | | |
| | | |
| Área (s) Temática (s) da Política de Extensão do IFRR (envolvida(s) no Projeto, no máximo 3, enumerando-as de 1 a 3 por ordem de importância). | | |
| <input type="checkbox"/> Comunicação | <input type="checkbox"/> Meio Ambiente | |
| <input type="checkbox"/> Cultura | <input type="checkbox"/> Saúde | |
| <input type="checkbox"/> Direito Humanos e Justiça | <input type="checkbox"/> Tecnologia e Produção | |
| <input type="checkbox"/> Educação | <input type="checkbox"/> Trabalho | |
| Linhas de Extensão | | |
| <input type="checkbox"/> Acessibilidade | <input type="checkbox"/> Tecnologia, produção e Inovação | |
| <input type="checkbox"/> Artes e patrimônio histórico-Cultural | <input type="checkbox"/> Violência e Cultura da Paz | |
| <input type="checkbox"/> Comunicação Mídia e Marketing | <input type="checkbox"/> Direitos humanos e Diversidades | |
| <input type="checkbox"/> Desenvolvimento Regional | <input type="checkbox"/> Produção Animal | |
| <input type="checkbox"/> Educação e Formação Profissional | <input type="checkbox"/> Produção Vegetal | |
| <input type="checkbox"/> Desenvolvimento Rural e questão Agrária | <input type="checkbox"/> Temas Específicos | |
| <input type="checkbox"/> Meio ambiente e Sustentabilidade | <input type="checkbox"/> Esporte Recreação e Lazer | |
| <input type="checkbox"/> Qualidade de Vida e Saúde | | |
| Responsável pelo Curso: | Categoria: | |
| | <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Técnico | |
| E-mail: | Telefone Celular: | Telefone Institucional: |
| | | |
| Equipe de Trabalho: (colaboradores) | Função no Projeto | Telefone Celular: |
| | | |
| Carga Horária total do Curso: | Início: | Término: |
| | | |
| Local de realização do curso: | Horário | |
| | Início: | Término: |
| | | |
| Modalidade do Curso: | | |
| <input type="checkbox"/> Presencial – Exige 100% de presença no local do curso. | | |
| <input type="checkbox"/> Semipresencial – Parte presencial, parte à distância. | | |
| <input type="checkbox"/> A Distância – Curso com presença virtual. | | |
| Justificativa: (max. 10 linhas) | | |
| | | |
| Fundamentação Teórica (máx. 10 linhas) | | |
| | | |

| | |
|--|----------------------------|
| Objetivos: | |
| Geral: | |
| Específico: | |
| Metodologia: (máx. 10 linhas) | |
| | |
| Conteúdo Programático: | |
| | |
| Bibliografia: | |
| | |
| Cronograma das atividades: | |
| | |
| Público Alvo: | |
| | |
| Resultados esperados: | |
| | |
| Números de vagas: | |
| | |
| Períodos de inscrição: | Local de inscrição: |
| | |
| Resumo Geral das Despesas Financeiras | |
| O curso requer despesas financeiras () não () sim – especificar abaixo | |
| Categoria | Total R\$ |
| <i>Material de Consumo</i> | |
| CUSTO GERAL DO CURSO | |
| ASSINATURA DO PROPONENTE | |
| Boa Vista-RR, _____ de _____ de _____ | |
| _____ | |
| Responsável pelo Curso | |

Parecer sobre a Execução

() DEFERIDO

() INDEFERIDO PARECER _____

Boa Vista-RR, _____ de _____ de _____

Diretoria/Coordenação de Extensão do *Campus*

Parecer da Disponibilidade Orçamentária (quando necessário)

() DEFERIDO

() INDEFERIDO PARECER _____

Boa Vista-RR, _____ de _____ de _____

Diretoria/Coordenação de Administração e Planejamento do *Campus*

Parecer da Direção Geral

() DEFERIDO

() INDEFERIDO PARECER _____

Boa Vista-RR, _____ de _____ de _____

Direção Geral do *Campus*