**REQUERIMENTO DE ANUÊNCIA DE PROJETO DE EXTENSÃO**

À Escola Municipal de Saúde Pública

Encaminho para análise o projeto de extensão abaixo descrito:

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição |  |
| Departamento/Setor |  |
| Instituições parceiras |  |
| Coordenador(a) |  |
| E-mail do(a) coordenador(a) |  |
| Telefone do(a) coordenador(a) | (   ) |
| Título do projeto |  |
| Objetivo geral |  |
| **Área temática** | ( )Saúde ( )Educação    ( )Comunicação    ( )Cultura  ( )Meio Ambiente ( )Trabalho ( )Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Modalidade  | **Atividades de ensino**: ( )Curso ( )Atividade EAD ( )Encontro ( )Conferência  ( )Palestra   ( )Seminário  ( )Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Atividades de difusão cultural**: ( )Eventos ( )Espetáculo ( )Evento esportivo( )Exposições ( )Projeção de vídeo/filmes ( )Festivais ( )Oficina de trabalho ( )Apresentação cultural ( )Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Atividades de prestação de serviços**:   ( )Assessoria técnica e profissional ( )Prestação de serviço( )Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Atividades de parceria Instituição de Ensino/Sociedade** (atividades que visam atender a demandas da comunidade em geral e à redefinição de atividades de ensino e pesquisa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Local de realização | Distrito sanitário: |
| Unidades de saúde: |
| Período de realização |  |
| Data de entrega de relatórios à EMSP | Relatório parcial - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Relatório final - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |

Goiânia, \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Coordenador(a) responsável

(com assinatura pelo GOV.BR ou assinatura eletrônica qualificada)