**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)