



Formulário de Extensão

1. As ações/atividades de extensão têm sua origem no interesse de qualquer integrante de um curso, de órgão da instituição ou de membro da comunidade externa. Este interesse deve ser apresentado à respectiva coordenação de Curso seja de Odontologia, Medicina ou Pós-Graduação, utilizando para tanto, o formulário próprio (anexo I), deste roteiro, com o preenchimento de todos os dados ali solicitados.
2. A respectiva coordenação analisa a proposta, aprecia e, se favorável, encaminha à Diretoria de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão para deliberação. Para isto, o coordenador do curso envia o processo, por via eletrônica digitalizada, no seguinte endereço: adriana.carmo@slmandic.edu.br ou marcelo.napimoga@slmandic.edu.br, no mínimo vinte dias antes da realização da ação/atividade.
3. Após as aprovações, as informações serão enviadas ao Departamento de Comunicação da Instituição para que as demais providencias sejam tomadas em conjunto com o proponente, tais como disponibilização de espaço físico, entre outros.
4. Compete à respectiva coordenação de curso promover, acompanhar e avaliar as ações/atividades de extensão. Após a realização da ação/atividade de extensão, o responsável pela atividade deve enviar à respectiva coordenação do curso, no prazo de **até 7 dias após o término da ação**, relatório circunstanciado, utilizando para este fim, o formulário (incluso no anexo II). A coordenação após avaliação e parecer sucinto, encaminha à Diretoria de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão, no endereço eletrônico anteriormente referido.

ANEXO I
Formulário de Extensão

<p>1. Proposta nº (preenchimento interno):</p> <p>2. Título:</p> <p>3. Vínculo: () Graduação Odontologia () Graduação Medicina () Pós-Graduação</p> <p>4. Evento: () Curso de Extensão () Palestra () Seminário () Prestação de Serviços () Atividade de Extensão () Evento ()</p>
<p>5. Coordenador:</p> <p>6. Telefone/E-mail:</p>
<p>7. Professor Responsável pela atividade:</p> <p>8. Telefone/E-mail:</p>
<p>9. Acadêmicos envolvidos (Nome/E-mail/telefone):</p>
<p>10. Histórico da Proposta (breve relato da atividade, exemplo: título das palestras, nome dos palestrantes entre outras informações que julgar importante)</p>
<p>11. Parceiros envolvidos:</p>
<p>12. Objetivos da atividade e metas a serem alcançadas</p>
<p>13. Data da Atividade:</p>
<p>14. Período de Inscrições (caso haja):</p>

<p>15. Horário:</p> <p>16. Local:</p> <p>17. Carga horária:</p> <p>18. Certificados: () SIM () NÃO</p>
<p>19. Público alvo:</p>
<p>20. Valor das inscrições (caso haja):</p>
<p>21. Forma de Inscrição/Seleção dos participantes (caso haja):</p>
<p>22. Número de vagas:</p>
<p>23. Recursos Necessários, quando for o caso: () Recursos humanos () recursos materiais () recursos financeiros () Serviços</p>
<p>24. Parecer da Coordenação:</p> <p>25. Assinatura/data</p>
<p>26. Parecer da Diretoria de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão:</p> <p>27. Assinatura/data</p>

Declaro que li e aceito os termos de análise e aprovação de curso/evento/ação da Faculdade São Leopoldo Mandic.

Assinatura do solicitante _____

Data:

ANEXO II

Relatório Final de atividade de Extensão

1. Título do Evento:
1.1 Área do conhecimento:
1.2 Público Geral Atingido (Número): a) Total: b) Docentes: c) Alunos Graduação: d) Alunos Pós-graduação: e) Colaboradores: g) Parceiras de outras IES: h) Parceiras da Comunidade:
1.3 Resultado Final (descreva quais resultados foram alcançados, descrevendo quais foram as palestras ou atividades realizadas, pontos positivos alcançados, dentre outras informações). Caso tenha fotos, favor incluir no relato com legendas abaixo de cada foto.
1.4 Observações:

Assinatura do responsável _____

Data:

2. Parecer da Coordenação responsável:
3. Assinatura/data