**REQUERIMENTO DE APROVAÇÃO SERVIÇO VOLUNTÁRIO - FAMED
(É OBRIGATÓRIA a entrega do formulário devidamente preenchido, assinado digitalmente por meio da plataforma GOV.BR, salvo em formato PDF e enviado para o e-mail:** **gab.famed@ufms.br****)**

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE:** Em anexo a este formulário deve vir uma cópia em PDF do Plano de trabalho completamente preenchido na plataforma SIGProj. |

Ao Conselho da Faculdade de Medicina

|  |  |
| --- | --- |
| Data: Campo Grande, (dd/mm/aaaa) | CURSO: **[ ]  GRADUAÇÃO [ ]  PPGDIP [ ]  PPGSD** |
| Nome completo:  |
| CPF:  |
| Supervisor(a):  |
| Link do Currículo Lattes:  |
| Data previsão de início: (dd/mm/aaaa) | Data previsão de término: (dd/mm/aaaa) |
| Disciplinas que irá atuar (informar o nome e semestre): |
| Carga Horária Semanal de atuação:  |

|  |
| --- |
| Eu, proponente acima, venho respeitosamente solicitar ao Conselho da Faculdade de Medicina da UFMS a aprovação para atuação na condição de Professor(a) Voluntário(a), na(s) disciplina(s) especificada(s), ofertada(s) pelo curso indicado. Declaro, ainda, estar plenamente ciente e de acordo com todas as disposições contidas no Edital de Ingresso vigente.  |
| **Assinatura do(a) proponente:** |
| **Assinatura do(a) supervisor(a):** | **Assinatura do(a) Coordenador(a):** |

*Assinaturas podem ser digitalizadas*