Of. Estágio Docente - PPGAIS

Ijuí, Cruz Alta/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

A(o) Senhor(a)

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

Coordenadora do Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Instituição)*

Assunto: **Autorização para realização de Estágio Docente**

Prezada:

Ao cumprimentá-lo(a), solicitamos autorização para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mestrando(a) do Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Atenção Integral à Saúde, programa em associação entre a Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ) e a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), realizar Estágio Docente na disciplina de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ministrada pelo(a) professor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste 1º Semestre de 2019.

Certa da acolhida ficamos à disposição.

|  |  |
| --- | --- |
| *Nome*Mestrado(a) do Programa de Pós-Graduação em Stricto-Sensu em Atenção Integral à Saúde | *Nome*Orientador/Docente do Programa de Pós-Graduação em Stricto-Sensu em Atenção Integral à Saúde |