

Nome: **FERNANDA ELOY SCHMEIDER**

Departamento: Departamento de Enfermagem

Classe/Nível: CRES-ASSISTENTE/MESTRE - REGIME HORÁRIO

Matrícula: **51254**RT: **T40**Titulação: **MESTRADO****ANO****2023****1 - HORAS/AULA NA GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**

Modalidade	Disciplina/Turma	Sem.	HS Sala	AT	PA
------------	------------------	------	------------	----	----

2 - HORAS/ATIVIDADES**2.1 ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
-----------	-------------	--------	-----	-------

2.2 ATIVIDADES DE PESQUISA E EXTENSÃO

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
-----------	-------------	--------	-----	-------

2.3 ATIVIDADES DE QUALIFICAÇÃO DOCENTE

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
-----------	-------------	--------	-----	-------

2.4/2.5 OUTRAS ATIVIDADES/LICENÇAS

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem
-----------	-------------	--------	-----	-------

Licença/Maternidade	2SEM	06/06/2023	02/12/2023	40
---------------------	------	------------	------------	----

Licença/Maternidade	1SEM	06/06/2023	02/12/2023	40
---------------------	------	------------	------------	----

3 - OBSERVAÇÕES

RESUMO	1	2.1	2.2	2.3	2.4/2.5	SOMA	Méd. Sem. Anual
Total 1º Sem.	0	0	0	0	40	40	40
Total 2º Sem.	0	0	0	0	40	40	

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 08 de 16/06/2023.

FERNANDA ELOY SCHMEIDER_____
CHEFE DO DEPARTAMENTO_____
CHEFE DO SETOR