

Nome: **ALINE CRISTINA CARRASCO**  
 Departamento: Departamento de Fisioterapia  
 Classe/Nível: PROF. ADJUNTO B

Matrícula: **1669**      **ANO**  
 RT: **T40**      **2014**  
 Titulação: **DOCTORADO**

### 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	19/05/2014	19/11/2014	40
---------------------	--	------	------------	------------	----

### 3 - OBSERVAÇÕES

licença maternidade

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

#### Foram anotadas exceções para a(s) seguinte(s) regra(s):

- Mínimo de aulas no Campus de origem
- .Atribuição mínima de aulas para o docente (média anual)

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 02/2014 de 12/03/2014.

\_\_\_\_\_  
 ALINE CRISTINA CARRASCO

\_\_\_\_\_  
 CHEFE DO DEPARTAMENTO

\_\_\_\_\_  
 CHEFE DO SETOR