

Nome: **SOLIANE MOREIRA**
Departamento: Coordenadoria de Apoio ao Estudante
Classe/Nível: CRES-ASSISTENTE/MESTRE - REGIME HORÁRIO

Matrícula: **51258** ANO
RT: **T30** **2023**
Titulação: **MESTRADO**

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	
Reunião/Departamental		ANUAL	15/05/2023	14/04/2024	2

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	
		ANUAL	15/05/2023	14/04/2024	10
		ANUAL	15/05/2023	14/04/2024	8
		ANUAL	15/05/2023	14/04/2024	10

3 - OBSERVAÇÕES

RESUMO	1	2.1	2.2	2.3	2.4/2.5	SOMA	Méd. Sem. Anual
Total 1º Sem.	0	2	0	0	28	30	30
Total 2º Sem.	0	2	0	0	28	30	

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 01 de 05/03/2024.

SOLIANE MOREIRA

CHEFE DO DEPARTAMENTO

CHEFE DO SETOR