

Nome: **ERNANI JOSE ZAMPIER**
Departamento: Departamento de Fisioterapia
Classe/Nível: PROF. AUXILIARMatrícula: **1679** **ANO**
RT: **T40** **2023**
Titulação: **ESPECIALIZAÇÃO****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	15/03/2024	0

2.2 ATIVIDADES DE PESQUISA E EXTENSÃO

Categoria	Ato Oficial	Início	Fim	H/Sem	
Projeto de Extensão/Extensionista	RESOLUÇÃO CONSET - SES/G 24/2022	ANUAL	10/06/2022	09/06/2024	0

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/Médica	1SEM	05/05/2023	06/06/2023	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	0	0	

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 02/2023 de 12/03/2023.

ERNANI JOSE ZAMPIER_____
CHEFE DO DEPARTAMENTO_____
CHEFE DO SETOR