

Nome: **LORENA POHL FORNAZARI**  
 Departamento: Departamento de Fisioterapia  
 Classe/Nível: PROF. ASSISTENTE C

Matrícula: **1454** **ANO**  
 RT: **T40** **2015**  
 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
-----------	-------------	--------	-----	-------

### 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/Especial	PORTARIA-GR 1865/2015	2SEM	17/11/2015	14/02/2016	40
------------------	-----------------------	------	------------	------------	----

## 3 - OBSERVAÇÕES

Licença especial + férias

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

Aprovado em reunião departamental, conforme ata nº 17/2015 de 06/10/2015.

\_\_\_\_\_  
 LORENA POHL FORNAZARI

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

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