**SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO DOCENTE -**

Eu, **Insira seu Nome**, discente regularmente matriculado no curso de do programa de , sob o cód. de matrícula  ,em concordância com o Ato da Reitoria nº 16, de 9 de outubro de 2002 que aprova e institui o Programa de Estágio Docente – PED-Mack, no âmbito dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Presbiteriana Mackenzie, solicito autorização para realização de Estágio Docente, na , na disciplina **Informe o nome da disciplina** a ser acompanhada, sob a supervisão do(a) **Informe o nome do(a) Professor(a)** que supervisionará o estágio.

Declaro que estou ciente das normas descritas abaixo que envolvem o Programa de Estágio Docente da Universidade Presbiteriana Mackenzie:

* a duração mínima do Estágio Docente será de 1 (um) semestre;
* a carga horária mínima para realização do Estágio é de 24 (vinte e quatro) horas/aula e a máxima de 60 (sessenta) horas/aula realizadas no decorrer do semestre;
* as atividades desenvolvidas não poderão exceder a 4 (quatro) horas/aula semanais e devem ser compatíveis com suas atividades regulares na Pós-Graduação;
* não são permitidos, para efeito desta atividade, os trabalhos de elaboração de material didático para aulas, auxílio na elaboração e correção de provas;
* cumprir as exigências na Unidade Acadêmica onde o Estágio Docente será realizado.

Aos discentes de Pós-Graduação integrantes do PED/Mack será permitido:

* co-orientar discentes de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC);
* co-orientar discentes do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC e PIVIC), Programa Institucional de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico (PIBIT) ou Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEx);
* participar de programas de orientação de alunos;
* ministrar aulas em Cursos de Extensão junto às Unidades da Graduação;
* organizar simpósios, colóquios ou outra atividade de caráter acadêmico;
* atuar como Monitor de disciplina, desde que a mesma esteja relacionada com o seu projeto de pesquisa.

Desta maneira, caso obtenha a autorização de minha solicitação, pretendo desenvolver as seguintes atividades:

| **Data**  **(dd/mm)** | **Descrição detalhada das atividades realizadas** | **Nº de hora/aula** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

São Paulo, 10 de agosto de 2021.

**Informe seu Nome**

*Discente*

**APROVAÇÃO:**

**Informe o nome do(a) Professor(a) que supervisionou o Estágio**

*Docente Supervisor(a)*

*Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação*

*Diretor(a) Unidade Acadêmica*