



CENTRO DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS  
SÃO LEOPOLDO MANDIC  
CENTRO DE PÓS – GRADUAÇÃO

<b>TERMO DE RESPONSABILIDADE DE INDICAÇÃO DE DOCENTE PARA MINISTRAR AULAS COMO “CONVIDADO DE COORDENADOR AUTÔNOMO DE CURSO OU TURMA”</b>	Parecer da Administração Superior
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

**O COORDENADOR DEVE ENTREGAR PREENCHIDO E ASSINADO POR AMBOS, NA SECRETARIA ACADÊMICA, COM 10 DIAS DE ANTECEDÊNCIA**

**I – DADOS DO CONVIDADO**

DOCENTE CONVIDADO			
RG e Org. Emissor		CIC	_____
Endereço e Fone			
ÁREA DE FORMAÇÃO			
MAIOR TITULAÇÃO ACADÊMICA			
INSTITUIÇÃO EXPEDIDORA DA TITULAÇÃO			

**II – DADOS DO COORDENADOR**

COORDENADOR			
CURSO		TURMA	

**III – DATAS/AULAS A MINISTRAR**

DATAS AULAS	Horas	ASSUNTOS A MINISTRAR
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		

Por meio deste termo de responsabilidade, na qualidade de Coordenador Autônomo do Curso/Turma supra identificado assumo inteira responsabilidade administrativa, técnica, didático-pedagógica, jurídica e trabalhista pela presença de docente por mim convidado para ministrar aulas nas datas e para aqueles assuntos descritos.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura da Coordenação

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do Convidado