



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE APOIO À INICIAÇÃO PROFISSIONAL
E MOBILIDADE ESTUDANTIL

IDENTIFICAÇÃO DO MONITOR

01) NOME: _____

02) CURSO: _____ 03) Nº DE MATRÍCULA: _____

04) IDENTIDADE(RG): _____ 05) CPF _____

06) NACIONALIDADE: _____ 07) NATURALIDADE: _____

08) FILIAÇÃO: _____

09) ENDEREÇO: _____

10) CEP: _____ 11) TELEFONE: _____

12) BANCO: _____ 13) Nº DA AGÊNCIA: _____ 14) Nº DA CONTA: . _____

() CONTA CORRENTE () POUPANÇA

15) E-MAIL: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFESSOR ORIENTADOR

01) NOME: _____

IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA MONITORADA

01) CÓDIGO: CELA _____ 02) CENTRO: _____

03) DISCIPLINA: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE APOIO À INICIAÇÃO PROFISSIONAL
E MOBILIDADE ESTUDANTIL

TERMO DE COMPROMISSO

PROGRAMA DE MONITORIA

_____, aluno (a) regular do Curso de _____, vinculando-se à Disciplina _____, recebendo uma **Bolsa de Monitoria** no valor de **R\$ 400,00** que lhe foi concedida pela Universidade Federal do Acre para o período de ____/____/____ a ____/____/____.

Compromete-se a:

- Apresentar, mensalmente no prazo estabelecido no Anexo II, relatório das atividades realizadas e controle de frequência;
- Reconhecer que o exercício da monitoria não acarretará, em nenhuma hipótese, vínculo empregatício;
- Fazer jus ao benefício da bolsa, a qual se vincula por este documento, enquanto permanecer no exercício da monitoria, obedecendo às disposições legais;
- Cumprir um mínimo de 12h semanais de atividade;
- Não exercer as atividades da monitoria no mesmo horário em que estiver cursando as disciplinas regulares do curso.

E, para firmeza e validade do que aqui se estabelece, assina o presente **Termo de Compromisso**, juntamente com o(a) Pró-Reitor(a) de Graduação da Universidade Federal do Acre.

DISCENTE

Data: ____/____/____

Assinatura

PRÓ-REITORA DE GRADUAÇÃO

Data: ____/____/____

Assinatura



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE APOIO À INICIAÇÃO PROFISSIONAL
E MOBILIDADE ESTUDANTIL

PLANO DE TRABALHO
IDENTIFICAÇÃO DO MONITOR

Nome:

Centro:

Disciplina/Curso:

Período:

Professor Orientador:

ESPECIFICAÇÃO

DISCIPLINA

Nº DE TURMAS	Nº DE ALUNOS	CARGA HORÁRIA		
		Sala de aula	Laboratório	Campo

DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

Rio Branco-AC,/...../.....

De acordo: _____

Professor Orientador

Aprovado: _____

Diretor do Centro



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE APOIO À INICIAÇÃO PROFISSIONAL
E MOBILIDADE ESTUDANTIL**

RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES

IDENTIFICAÇÃO DO MONITOR

Monitor:

Centro:

Disciplina/Curso:

Período:

Professor Orientador:

PARECER AVALIATIVO

Rio Branco-AC,/...../.....

De acordo: _____
Professor Orientador

Aprovado: _____
Diretor do Centro