



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

ANEXO V – FORMULÁRIO DE FREQUÊNCIA DO ESTUDANTE

MÊS/ANO DE ATIVIDADE: _____ /20_____

NOME DO(A) ESTUDANTE EXTENSIONISTA:

TÍTULO DO PLANO DE TRABALHO DO(A) BOLSISTA:

NOME DO(A) ORIENTADOR(A):

PIBEX GRADUAÇÃO () PIBEX TÉCNICO () EXTENSIONISTA VOLUNTÁRIO(A) ()

SITUAÇÃO ATUAL DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PROPOSTO	
<input type="checkbox"/> 1 – ATIVIDADES MENSAS REALIZADAS DE ACORDO COM CRONOGRAMA PROPOSTO	Justificativa (somente para situação 3)
<input type="checkbox"/> 2 – CRONOGRAMA ADIANTADO	
<input type="checkbox"/> 3 – CRONOGRAMA ATRASADO	
<input type="checkbox"/> 4 - CONCLUÍDO	

RESUMO DAS ATIVIDADES MENSAS REALIZADAS

AVALIAÇÃO DO(A) ORIENTADOR(A) ACERCA DO DESEMPENHO DO(A) ESTUDANTE EXTENSIONISTA				
1 – Cumprimento da carga horária:	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ótimo
2 – Interesse nas atividades da pesquisa:	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ótimo
3 – Progresso alcançado:	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ótimo
Pagamento da bolsa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		

COMENTÁRIOS E DIFICULDADES DO(A) ESTUDANTE EXTENSIONISTA NA EXECUÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES (opcional)

COMENTÁRIOS E DIFICULDADES DO(A) ORIENTADOR(A) NA EXECUÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES (opcional)

PARA USO RESTRITO DO(A) ORIENTADOR(A) E DO(A) ESTUDANTE
<i>Declaro para os devidos fins que as atividades e justificativas constante nesta frequência foram devidamente executadas e atingem carga horária mensal total de _____.</i>
Data ____/____/____.
Assinatura do orientador extensionista _____
Assinatura do estudante extensionista _____

PARA USO RESTRITO DO(A) GESTOR(A) DE EXTENSÃO DO CAMPUS.
Recebemos o Relatório Mensal das Atividades, em ____/____/____.
Assinatura e Carimbo do gestor(a) de extensão ou representante: _____