UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA COORDENAÇÃO GERAL DE CAPACITAÇÃO DOCENTE

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DOCÊNCIA**

Ano: Período letivo:

# – Nome do Curso ou Programa

1. **– Identificação do aluno**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | | |
| **Endereços pessoais para comunicação** | | |
| Fone: | Cel.: | E-mail: |

1. **– Estágio Docência**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de realização do E.D. | Início | / | / | Término previsto: | / | / |
| Disciplina: | | | | | | |
| Nome do Professor responsável: | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV - Análise do Professor sobre o desempenho do aluno no Estágio Docência** | |
| O Professor responsável pela disciplina onde o bolsista da Demanda Social realizou seu E.D. deverá avaliar O desempenho do aluno nos seguintes quesitos: | |
|  | a) Pontualidade, b) Assiduidade, c) Domínio do conteúdo, d) Didática, e) Cumprimento do programa,  f) Cumprimento do calendário de avaliações, g) Relacionamento com os alunos. |
| **Aprovado: \_ Reprovado:** | |

LOCAL E DATA , / /

Assinatura do aluno Assinatura do Professor

Assinatura **e Carimbo do Coordenador da PG**