**CURSO DE PEDAGOGIA EAD/UAB – HABILITAÇÃO LICENCIATURA**

**PLANO DA AÇÃO – PROGRAMA UNIPAMPA CIDADÃ**

Este plano de ação refere-se ao planejamento das ações que o(a) discente desenvolverá dentro do Programa Unipampa Cidadã junto ao Curso de Pedagogia EAD/UAB – Habilitação Licenciatura do campus Itaqui da Unipampa. Este plano está de acordo com a Resolução nº 317, de 29 de abril de 2021, que regulamenta a inserção das Atividades de Extensão nos cursos de graduação, presencial e a distância, da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), com a Instrução Normativa Unipampa nº 18 de 05 de agosto de 2021 que normatiza o Programa Institucional UNIPAMPA Cidadã e com o Projeto Pedagógico de Curso (PPC), versão 2023/2, do Curso de de Pedagogia EAD/UAB – Habilitação Licenciatura.

Este plano só poderá ser aplicado **depois da aprovação da supervisão de extensão** do Curso de Pedagogia EAD/UAB – Habilitação Licenciatura. Não serão avaliadas as ações que não cumprirem os procedimentos indicados.

**DADOS DO(A) DISCENTE**

|  |
| --- |
| **Nome completo:** |
| **e-mail institucional:** |
| **Matrícula:** | **Semestre:** |
| **Curso:** |

**DADOS DA ENTIDADE ONDE SERÁ FEITA A AÇÃO**

|  |
| --- |
| **Nome:**  |
| **Endereço:** | **Bairro:** |
| **Cidade:** | **UF:** |
| **CNPJ:** | **Telefone:** |
| **Nome do(a) Responsável pela ação:** | **Cargo:** |
| **e-mail do(a) Responsável pela ação:** | **Telefone do(a) Responsável pela ação:** |

**DESCRIÇÃO DAS AÇÕES/ATIVIDADES**

|  |
| --- |
| **Ação e/ou atividades que serão desenvolvidas pelo(a) aluno(a) relacionadas com o Programa Unipampa Cidadã** (Instrução Normativa Unipampa nº 18 e PPC do Curso de Pedagogia EAD/UAB, indicando objetivos, metodologia, relevância)**:** |
| **Período de realização:** | **Carga horária total:** |
| **Periodicidade (horários e turnos):** |
| **População beneficiada:** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Responsável pela ação Aluno(a)

SUA CIDADE, DATA, MÊS E ANO

|  |
| --- |
| **( ) Aprovado ( ) Não aprovado****Nome do(a) supervisor(a) de extensão:** **Assinatura (VIA SOU.GOV):**  |

|  |
| --- |
| **Justificativa em caso de indeferimento:** |