Universidade Estadual da Paraíba

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Registro de Atividades - **Clínica de Integração e Pesquisa/ Clínica Avançada de Integração e Pesquisa (60h)**

Nível: Mestrado/ Doutorado

Semestre: 2023.1

Discente:

Matrícula:

Orientador (a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Horário** | **Atividade desenvolvida** | | **Assinatura do (a) supervisor (a)** |
| 01/01/2023 | 8h00 -12h00 |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Carga horária total:** | | | **60h** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Observações:** | |
| Atividades desenvolvidas na clínica xxxxxx, disciplina xxxx no período xxxxx.  Outras informações complementares que considerar pertinente. | |
| **Nota do (a) aluno (a):** | **10,0 (dez)** |

Campina Grande - PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

Assinatura, nome e matrícula do Docente Supervisor

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

Assinatura, nome e matrícula do Docente Orientador