AVALIAÇÃO DE DOCENTES AFASTADOS PARA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

Este formulário deverá ser entregue, **obrigatoriamente**, junto com o Relatório Semestral de Avaliação de Pós-Graduação e demais documentos de acompanhamento exigidos.

Nome do docente:	SIAPE:
Câmpus de lotação:	Semestre avaliado:

Auto Avaliação do docente (pontuação de 0 a 10)	
1.Pontualidade na entrega do Relatório semestral de pós-graduação	
2.Desempenho acadêmico na pós-graduação	
3.Cumprimento do cronograma previsto no ato da solicitação de afastamento	
4.Produtividade acadêmico-científica, comprovada em seu relatório semestral	
TOTAL DOCENTE	
MÉDIA DOCENTE (TOTAL DOCENTE/4)	

_____
Assinatura do Docente

Data: _____/_____/_____

_____
Ciência do orientador/Coord. Progr. Pós-Graduação

Avaliação da Diretoria de Pós-Graduação (pontuação de 0 a 10)	
1.Pontualidade na entrega do Relatório de atividades com a documentação necessária	
2.Precisão das informações contidas no relatório semestral de atividades de pós-graduação, devidamente datado e assinado	
3.Parecer do orientador	
TOTAL DPG	
MÉDIA DPG (TOTAL DPG/3)	

NOTA ((MÉDIA DOCENTE + MÉDIA DPG)/2)	

_____
Assinatura da DPG

Data: _____/_____/_____