

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS**

**CAMPUS PASSOS**

*Rua Mário Ribola, 409, Penha II, CEP 37.903-358, Passos-MG*

***(35) 3526-4856 -***[*www.ifsuldeminas.edu.br/passos*](http://www.ifsuldeminas.edu.br/passos)

**FORMULÁRIO PARA REGISTRO**

**DE EVENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome/Título do Evento:** | | |
| **Essa atividade faz parte de algum programa/projeto?** ( ) Não ( ) Sim.  Se sim, qual?  (se afirmativo anexar o projeto) | | |
| **Área Temática:** | | |
| **Área do Conhecimento:**  **Tipo de Evento** | | |
| **Nome do Coordenador(a) Geral do Evento do Instituto:** | | |
| **Nome do solicitante do evento:** | | |
| **Objetivo do Evento:** | | |
| **Conteúdo Programático/ Atividades:** | | |
| **Período de Realização:** | | **Parceiros:** |
| **Local de realização:** | | |
| **Carga horária:** | | **Horário de abertura:** |
| **Nº Participantes:** | **Atende a Comunidade de Risco:** | |
| **Publico alvo:** | |  |
| **Identificação dos Participantes** (**Anexo**) | | |
| **Informações para inscrição** (informar os pré-requisitos, site, telefone ou e-mail para contato): | | |
| **Como será a divulgação (se houver convite/folder/cartaz, anexar modelo):** | | |
| **Solicita emissão de Certificado?** | | |
| **Especificar no verso do Certificado o programa/conteúdo ministrado?** | | |
| **Apoio Institucional:** | | |
| **Outras informações:** | | |

Recebido em \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Coordenadoria de Extensão