**ANEXO II**

**FORMULÁRIO DE PROPOSIÇÃO DE PROJETOS INTEGRAIS**

|  |
| --- |
| **TÍTULO DO PROJETO****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Proposta de Projeto Integral da Política de Assistência Estudantil do IFAM - *campus*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANAUS/AM**

**2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPOSTA DE PROJETO DOS PROGRAMAS INTEGRAIS**

|  |
| --- |
| **1 Dados de Identificação**  |
| Nome do Projeto |   |
| **1.1 Proponente** |
| Órgão Executor: **IFAM**  | *campus*: |
| Nome do Coordenador do Projeto: |
| Telefone | *E-mail*: |
| Nome do Vice-Coordenador (opcional): |
| Telefone: | *E-mail*: |
| Nome do Colaborador/Voluntário (opcional): |
| Telefone | *E-mail*: |
| Parceria | Nome: |
| Parceria | Nome: |

**1.2 Programa ao qual o Projeto Integral está relacionado** |  |
| ( ) | 1. Programa de Atenção à Saúde  | ( ) | 4. Programa de Apoio Psicológico | ( ) |  7. Programa de Apoio aos Estudantes com Deficiência |  |
| ( ) | 2. Programa de Apoio à Cultura e Esporte | ( ) | 5. Programa de Inclusão Digital |  |  |  |
| ( ) | 3. Programa de Apoio Acadêmico à Monitoria | () | 6. Programa de Apoio Pedagógico |  |  |  |
| **2 CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA** |  |
| **Público-alvo:** |  |
| **Local de Realização:** | **Período de Realização:** | **Público a ser atingido (n°):**  |  |
|  **3 INTRODUÇÃO (máximo 30 linhas)** |
|  |
| **4 JUSTIFICATIVA (máximo 30 linhas)** |
|  |

|  |
| --- |
| **6 OBJETIVOS – GERAL E ESPECÍFICOS** |
|  |
| **7 METAS** |
|  |
| **8 METODOLOGIA** |
|  |
| **9 RECURSOS HUMANOS** |
| **Número de Matrícula** | **Nome do Discente** | **Curso** | **CPF** | **Valor da Bolsa (R$)** | **Custo Total da Bolsa (R$)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
| **Valor Total do Custeio com a Concessão de Benefícios Socioassistenciais** | **R$** |
| **Carga Horária Total do Projeto Integral** | **C.H.:** |

|  |
| --- |
| **10 RECURSOS MATERIAIS E SERVIÇOS** |
| **Item** | **Especificação detalhada do material** | **Quantidade** | **Custo Unitário (R$)** | **Custo Total por item (R$)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total dos Recursos Materiais e Serviços** | **Valor R$** |

|  |
| --- |
| **11 PROGRAMAÇÃO** |
| **Turma** | **Dia da semana** | **Horário** | **Data de início** | **Data de Término** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **12 CRONOGRAMA** |
| ETAPAS |  Mês 1 |  Mês 2 |  Mês 3 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **13 REFERÊNCIAS** |
|  |
| **14 ANEXOS** |
|  |
| **15 DATA, FUNÇÃO NO PROJETO, ASSINATURAS** |
|  |  |  |
|  |  |  |