



ANEXO 2

Declaração de Aceite de Acompanhamento Pedagógico

Eu, _____,
professor(a) _____ lotado no(a)

_____ desta universidade, matrícula SIAPE _____, declaro que aceito acompanhar o desenvolvimento das atividades pedagógicas do(a) acadêmico(a) _____, matriculado(a) no curso de _____, que serão realizadas no âmbito do Programa ESCALA.

Rio Grande, _____ de _____ de 2019

Assinatura do Professor
(Colocar carimbo, de preferência)