|  |  |
| --- | --- |
| Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg  **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF**  **Campus de Cascavel-PR**  **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.** | Uma imagem contendo comida  Descrição gerada automaticamente |

**ANEXO III – EDITAL nº 11/2020 - PFC–UNIOESTE**

**TERMO DE ANUÊNCIA DO ALUNO ESPECIAL PARA PARTICIPAR DE AULAS REMOTAS SÍNCRONAS POR VIDEOCONFERÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno especial selecionado para cursar a disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deste Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, DECLARO que **CONCORDO** em participar da referida disciplina, que será ofertada **de forma remota e síncrona, por videoconferência,** em caráter excepcional, durante o período de suspensão de atividades presenciais, devido à Pandemia da Covid-19.

Estou ciente que ao preencher este termo, declaro que disponho de recursos tecnológicos e demais condições necessárias para participação na disciplina, bem como as Instruções Normativas, Regulamento do Programa de Pós-Graduação.

Atenciosamente,

ASSINATURA

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

NOME COMPLETO DO ALUNO ESPECIAL