|  |  |
| --- | --- |
| **UNIDADE:** | João Pessoa |
| **CURSO:** | Enfermagem |

O Coordenador(a) Karla Fernandes do Curso de Enfermagem da Uninassau João Pessoa, no uso de suas atribuições e de acordo com o disposto no inciso II do art. 8º do Regulamento de Monitoria desta IES, resolve:

Art. 1º. Ficam abertas as inscrições para o processo seletivo de Extensão no período de 14/09/2023 até o dia 19/09/2023, no qual ficará disponível das 8:00 da manhã do dia 14/09 até as 22:0 do dia 20/09. O aluno deve entregar na secretaria os seguintes documentos:

- Formulário de Inscrição (Anexo I);

Art. 2º. O processo seletivo será realizado no dia20/09/2023 na da Uninassau João. A primeira fase será composta por uma proposta de ação em saúde que se adequem ao perfil do projeto, onde o aluno irá discorrer essa proposta em uma apresentação simples- utilizando a sua criatividade, para que a professora Jéssica Barreto Pereira e os alunos extensionistas possam analisar e concluir o seu perfil criativo. A segunda etapa, será composta por uma entrevista que nos possibilitará visualizar a disponibilidade de horários de alunos e alguns conflitos de interesses.

**Será permitido a participação de alunos do segundo ao decimo período.**

Art. 3º. A nota final será a média aritmética das notas atribuídas **pela entrevista** **(peso= 06**) e ao **Analise da proposta de ação em saúde (peso = 4).**

Art. 5º. Serão selecionado **5 alunos** que apresente o perfil do projeto ***“Alegrarte Saúde”*** e será aberto um cadastro reserva de **5 alunos.**

Art. 6º. As demais regras para o concurso são aquelas constantes no Regulamento da Extensão.

**João Pessoa, 13 de Setembro de 20 23**

**Anexo I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| NOME DO CURSO: |

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| **NOME COMPLETO:**  |
| **CPF:** | **RG:** | **Matricula:** |

|  |
| --- |
| **ENDEREÇO**  |
| (RUA; Nº; BAIRRO): |
|  |
| CIDADE:  |  | UF. |  | CEP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TELEFONES PARA CONTATO** |
| RESIDENCIAL: | COMERCIAL: | CELULAR: |
| E-MAIL: |