**PLANO DE RECUPERAÇÃO DAS ATIVIDADES**

Eu, professor(a) (nome completo), informo abaixo o plano de recuperação ou substituição de minhas atividades durante o período de afastamento solicitado neste processo.

Atividades de ensino na graduação e/ou pós-graduação:

Atividade de pesquisa:

Atividades de extensão:

Atividades de administração:

**Declaração do(a) Chefe de Departamento**

Declaro que a chefia do Departamento de XXXX está de acordo com o plano de recuperação ou de substituição de atividades apresentado pelo(a) docente.

**Declaração do(a) Coordenador(a) do PPG\***

Declaro que a coordenação do Programa de Pós-Graduação em XXXX está de acordo com o plano de recuperação ou de substituição de atividades apresentado pelo(a) docente.

\* Somente no caso de estar exercendo atividades de ensino na pós-graduação no semestre em questão.

Florianópolis, 5 de setembro de 2024.

Nome do(a) docente

*Assinado digitalmente*

Nome do(a) Chefe de Departamento

*Assinado digitalmente*

Nome do(a) Coordenador do PPG\*

*Assinado digitalmente*

\* somente no caso de estar exercendo atividades de ensino na pós-graduação no semestre em questão