**À Comissão de Graduação**

**da Faculdade de Ciências Farmacêuticas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DOS ALUNOS QUE ESTÃO CONCLUINDO O CURSO DE FARMÁCIA USP** | | |
| NOME DO ALUNO: | | |
| Nº USP: | Ano de Ingresso: | Período:  Integral  Noturno |
| Data de Nascimento: | | |
| Semestre e ano de conclusão: / | | |
| E-mail pessoal (não USP): | | |

**Você fez estágio de iniciação científica?**   **Não**  **Sim**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Periodo  (por exemplo, 02/01/14 a 02/01/15) | Nome do Laboratório e Instituição  (por exemplo, Laboratorio de Hematologia, FBC, USP) | Professor responsável | Carga horária cumprida | Teve bolsa CNPq, FAPESP ou outra?  (se a resposta for sim, escreva qual tipo de bolsa) | Qual semestre da Faculdade voce estava quando fez IC? |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Em qual (is) lugar (es) você realizou o estágio em Atividades Farmacêuticas?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Periodo  (por exemplo, 02/01/14 a 02/01/15) | Nome da Empresa/Instituição | Área  (por exemplo: Assuntos regulatórios, pesquisa clínica, etc) | Carga horária cumprida | Estágio obrigatório  (coloque um X, caso contrario deixe em branco) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Em qual lugar você realizou o estágio em Atenção Farmacêutica e/ou Práticas Farmacêuticas?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Periodo  (por exemplo, 02/01/14 a 02/01/15) | Nome da Empresa/Instituição | Área  (por exemplo: farmácia, drogaria, farmácia hospitalar?) | Carga horaria cumprida |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Você já está efetivado no estágio?**  Não  SIM

**ou possui outro emprego?**  Não  SIM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Início  (por exemplo, 02/01/14) | Nome da Empresa/Instituição | Área  (por exemplo: farmácia, industria ou outra área?) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Você fez estágio no exterior (intercâmbio)?**  Não  SIM

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Periodo  (por exemplo, 02/01/14 a 02/01/15) | Nome do Laboratório e Instituição | Professor responsável | Carga horária cumprida | Teve bolsa?  (se a resposta for sim, escreva qual tipo de bolsa) | Qual semestre da Faculdade voce estava quando fez IC? |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Você participou?** | | (se sim, em qual semestre do curso?) |
| Jornada Farmacêutica | Não  Sim |  |
| Campanha da Diabetes e Hipertensão | Não  Sim |  |
| Centro Acadêmico | Não  Sim |  |
| Atlética | Não  Sim |  |
| Farmácia Acadêmica Social | Não  Sim |  |
| SUPFAB (na organização do evento) | Não  Sim |  |
| SUPFAB (como participante) | Não  Sim |  |

Qual foi a tua média ponderada final que obteve no curso:

Quais disciplinas você teve maior dificuldade?

Se você fosse o coordenador do curso de Farmácia, o que voce mudaria na grade curricular?