



**ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DO
DESENVOLVIMENTO REGIONAL – CHAPECÓ GERÊNCIA DA EDUCAÇÃO
CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

Rua: Nereu Ramos, nº 31 E – Bairro: Centro – Fone (049) 3361 4240 Chapecó/SC – CEP: 8980 – 020

**Comprovação de Participação em Projetos Sociais com Visão Educativa
Bolsa de Estudo Art. 170 – Constituição Estadual**

ANO/SEMESTRE: _____

Instituição: _____

Endereço: _____

Município: _____

NOME DO ALUNO: _____

Curso: _____ Código de Matrícula: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

NOME DO PROJETO: _____

Responsável pela atividade na Instituição: _____

Período de realização: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ **Nº DE HORAS:** _____

1. Síntese do projeto:

2. Relação do Curso com o Grupo de Trabalho:

3. Público alvo beneficiado pelo Projeto (número):

4. Resultados alcançados:

5. Sugestões para melhorar o Projeto:

Assinatura do Aluno

Assinatura do Responsável pelo Programa