



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENADORIA DE ADMISSÃO E DIMENSIONAMENTO

Campus em Barbalha-CE – Faculdade de Medicina
CEP: 63.180-000 – Rua Divino Salvador, 284, Bairro do Rosário
atendimento.progep@ufca.edu.br (88) 3221 9303 ou (88) 3221 9312

DECLARAÇÃO DE CARGA HORÁRIA DE DOCENTE

Unidade Acadêmica: _____ **Campus:** _____
Curso: _____ **Fone:** _____
Nome: _____ **CPF:** _____
Docente: () Efetivo, exceto DE () Substituto/Temporário
Carga Horária Semanal: () 20 horas () 40 horas

Dia da Semana	Horário de Aula	Disciplinas
2ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
3ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
4ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
5ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
6ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
Sábado	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	

Dia da Semana	Horário das outras Atividades	Descrição da Atividade (Ex: planejamento; orientação aos alunos)
2ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
3ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
4ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
5ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
6ª feira	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	
Sábado	das ____ h ____ às ____ h ____ e das ____ h ____ às ____ h ____	

Total de horas semanais: _____

Declaro que o docente exercerá as atividades descritas acima.

____ / ____ / ____

DIRETOR ACADÊMICO