**MESTRADO EM ALIMENTOS E SAÚDE**

**RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTE I: A ser preenchida pelo(a) Pós-graduando(a)** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Pós-graduando(a): |  | | Ano: |
|  |  | | |
| Orientador(a): |  | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **1. Atividades acadêmicas** (descrever disciplinas cursadas durante o ano e conceitos obtidos). | | | |
| **2. Atividades científicas.** | | | |
| 2.1. Atividades desenvolvidas.  2.2. Quantas horas semanais você se dedica ao programa (disciplinas e atividades de pesquisa)?  2.3. Além de seu trabalho de pesquisa você auxilia o seu orientador em outra(s) atividades(s)? Quais? | | | |
| 2.4. Dificuldades surgidas. | | | |
| 2.5. Atividades a serem desenvolvidas no próximo ano. | | | |
| 2.6. Participação ou apresentação de trabalhos em congressos e/ou artigos e capítulos de livros publicados. | | | |
|  | | | |
| **3. Informações adicionais e sugestões ao Programa**. | | | |
|  | | | |
| Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | Assinatura do(a) Pós-graduando(a) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTE II - A ser preenchida pelo(a) Orientador(a)** | | |
| **1. O desempenho acadêmico do aluno foi satisfatório?** | | |
| ( ) Sim | | |
| ( ) Não  ( ) Parcialmente | | |
| ( ) Não se aplica. O aluno não cursou disciplinas. | | |
| **2. O desempenho científico do aluno foi satisfatório?** | | |
| ( ) Sim | | |
| ( ) Não  ( ) Parcialmente | | |
| ( ) Não se aplica. O aluno não desempenhou atividades referentes à sua pesquisa. | | |
| **3. O cronograma de trabalho (disciplinas e pesquisa) vem sendo cumprido satisfatoriamente?** | | |
| ( ) Sim | | |
| ( ) Não  ( ) Parcialmente | | |
| **4. Durante o período referente a este Relatório:** | | |
| ( ) O aluno apresentou desempenho satisfatório | | |
| ( ) O aluno apresentou dedicação insuficiente. | | |
| **5. Na sua avaliação o andamento do projeto de pesquisa permitirá que a Dissertação/Tese seja concluída dentro do prazo máximo estabelecido?** | | |
| ( ) Sim | | |
| ( ) Não. Por que? | | |
| **6. Comentários adicionais, caso necessários.** | | |
|  | | |
| Assinatura do(a) Orientador(a) |  | Ciência do(a) Pós-Graduando(a) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Parecer sobre o Relatório de Atividades (A ser preenchido pelo Colegiado)**  [ ] Relatório de Atividades **Aprovado**  [ ] Relatório de Atividades **Não Aprovado**  Observações que julgar pertinentes: | |
| Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador(a) do Mestrado em Alimentos e Saúde |
|  | |