 **FICHA DE PONTO DE MONITORIA**

**Mês de referência Campus Curso**

**ABRIL**

UNICEUG/GOIÂNIA

**Nome RA** **Data de Início**

01/04/2025

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Estudante  RA |  |

**Disciplina Professor Responsável Hs. Autorizadas**

Nome do Professor

Nome da Disciplina

x

**Disciplina 2 Professor Responsável 2 Data da Alteração**

Nome do Professor 2

Data

Nome da Disciplina 2

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Horário

Atividades

Data

Início

Término

Total de horas

Horários Autorizados: Exemplo: Aut. 2ª e 6ª Feira das 14h às 18h.

# Parecer do Professor

( ) Satisfatório ( ) Parcialmente Satisfatório ( ) Insatisfatório

Assinatura do Professor Assinatura do Monitor