

## Plano de Trabalho | Programa de Bolsas

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

Título do projeto na UFBA: \_\_\_\_\_

Professor ou técnico administrativo  
coordenador do Projeto: \_\_\_\_\_

- **Síntese das atividades a serem desenvolvidas pelo bolsista**

1
2
3
4
5
6
7
8

Justificativa e resultados esperados, em termos de formação e de impacto social

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Assinaturas**

Os abaixo-assinados declaram que o presente Plano de Trabalho foi estabelecido de comum acordo, assumindo as tarefas e responsabilidades que lhes caberão durante o período de realização do mesmo.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Professor  
ou técnico administrativo  
coordenador do Projeto

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor da  
Faculdade de Medicina  
da Bahia FMB-UFBA