**AÇÕES DE EXTENSÃO**

**ENFRENTAMENTO COVID- 19**

**Formulário de Identificação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COORDENADOR (A)** | | |
| **NOME:** | | |
| **UNIDADE:** | **E-MAIL:** | **TELEFONE CELULAR:** |

|  |
| --- |
| **EQUIPE REALIZADORA** |
| **NOMES DOS DOCENTES REALIZADORES:** |
| **UNIDADE UFBA DE LOTAÇÃO:** |
| **PARCEIROS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES, ORGANIZAÇÕES, ASSOCIAÇÕES E ETC:** |
| **ESTUDANTES ENVOLVIDOS (GRADUAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO):** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A AÇÃO** |
| **TÍTULO DA AÇÃO:** |
| **ÁREA TEMÁTICA DA AÇÃO:** |
| **SOLUÇÃO PRETENDIDA:** |
| **LOCALIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO:** |
| **GRUPO/POPULAÇÃO BENEFICIADA:** |
| **INSTITUIÇÕES / ENTIDADES / ORGANIZAÇÕES PARCEIRAS:** |
| **VIGÊNCIA DA AÇÃO (DATA DE INÍCIO E DATA DE CONCLUSÃO PREVISTA):** |