

SOLICITAÇÃO DE CAMPO PARA ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

| INSTITUIÇÃO DE ENSINO SOLICITANTE | | DATA |
|--|--|--|
| | | |
| NOME DO SOLICITANTE | E-MAIL | TELEFONE |
| | | |
| CURSO DO CAMPO DE ESTÁGIO | | |
| | | |
| CAMPO SOLICITADO | | |
| <u>TURNO MANHÃ</u> | <u>TURNO TARDE</u> | <u>TURNO NOITE</u> |
| Nº DE GRUPOS: | Nº DE GRUPOS: | Nº DE GRUPOS: |
| Nº DE PESSOAS P/ GRUPO: | Nº DE PESSOAS P/ GRUPO: | Nº DE PESSOAS P/ GRUPO: |
| HORÁRIO DAS AS | HORÁRIO DAS AS | HORÁRIO DAS AS |
| PERÍODO DOS ESTÁGIOS | | |
| <u>Grupo 1:</u> de ___/___ até ___/___ | <u>Grupo 1:</u> de ___/___ até ___/___ | <u>Grupo 1:</u> de ___/___ até ___/___ |
| <u>Grupo 2:</u> de ___/___ até ___/___ | <u>Grupo 2:</u> de ___/___ até ___/___ | <u>Grupo 2:</u> de ___/___ até ___/___ |
| <u>Grupo 3:</u> de ___/___ até ___/___ | <u>Grupo 3:</u> de ___/___ até ___/___ | <u>Grupo 3:</u> de ___/___ até ___/___ |
| UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO | | |
| () HMGV-SAPUCAIA DO SUL () HT-TRAMANDAÍ () UPA-SAPUCAIA DO SUL () CLISAM | | |
| ÁREA ASSISTENCIAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO | | |
| () Aloj. Conjunto () Bloco Cirúrgico () Centro Obstétrico () Clínica Cirúrgica () Clínica Médica () Emergência () Farmácia () Retaguarda () Saúde Mental () Setor de Imagem () Setor de Nutrição () Traumatologia () UTI | | |
| PROFESSOR ORIENTADOR: | | |
| USO DO SETOR DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS | | |
| RECEBIDO EM: | POR: | |
| CHEFIA ENVOLVIDA: | SOLICITADO APROVAÇÃO EM: | |
| <u>RETORNO DA SOLICITAÇÃO:</u> | | |
| <input type="radio"/> DEFERIDO <input type="radio"/> INDEFERIDO | | |
| JUSTIFICATIVA E PARECER DA CHEFIA DO SETOR DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS | | |
| | | |
| RETORNO PARA A INSTITUIÇÃO DE ENSINO EM: | | |
| DOCUMENTOS DE ESTAGIÁRIOS(AS) RECEBIDO EM: | INSERIDO NO SISTEMA EM: | |