



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DA SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS
DIVISÃO CIENTÍFICA



SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO DE INTERNATO MÉDICO EM INFECTOLOGIA

Por favor preencha o formulário com os dados e as assinaturas solicitadas:

Este estágio é:

- () Curricular Obrigatório – o estágio é parte integrante da sua grade curricular
() Extracurricular – o estágio não é parte obrigatória da sua grade curricular

INFORMAÇÕES PESSOAIS		
Nome:		
RG:	CPF:	Data de nascimento: ___/___/___
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Email:	Tels. para contato:	
INSTITUIÇÃO DE ORIGEM		
Curso: Medicina	Semestre / Ano:	
Universidade / Faculdade:		
() pública () privada () outros:		
Nome do Responsável na Instituição:		
Cargo na Instituição:		
E-mail:	Telefone para contato:	
Obs.: o estágio de Internato Médico em Infectologia é realizado em PERÍODO INTEGRAL e segue as normas e calendário próprio do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.		
Datas / período preferencial do estágio:		

assinatura do aluno solicitante

*assinatura e carimbo (OBRIGATÓRIOS) do
responsável pela instituição de ensino
identificado acima*

Proposta recebida por: _____ Data: ___/___/___

() aprovada () negada () com pendências: _____ Data: ___/___/___

Responsável(is) pelo(s) setor(es) do Estágio: _____