



COORDENADORIA DE SERVIÇOS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS  
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA



## SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO (CONVENIADO)

*Trata-se da manifestação de interesse da Instituição de Ensino identificada abaixo em celebrar um convênio com a Diretoria de Ensino e Pesquisa do IIER para a realização de estágios ou atividades complementares por todos os alunos de determinado Curso.*

*Por favor preencha o formulário com os dados e as assinaturas solicitadas e retorne-o escaneado para [ensino@emilioribas.sp.gov.br](mailto:ensino@emilioribas.sp.gov.br):*

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM	
Curso:	Semestre / Ano:
<input type="checkbox"/> técnico <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros:	
Universidade / Faculdade / Escola:	
<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada <input type="checkbox"/> outros:	
Departamento / Setor:	
Nome do Responsável:	
Email:	Tels. para contato:
SETOR SOLICITADO	
<input type="checkbox"/> Enfermarias <input type="checkbox"/> Pronto-Socorro <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Hospital-Dia	
<input type="checkbox"/> Outro:	
Mais informações (p.ex. interesses específicos, se for o caso):	
Nº total de alunos no ano / semestre:	Nº de alunos por grupo de estágio:
Datas / Período preferencial:	Total de dias do estágio:
Jornada pretendida: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> integral	
Horário: das _____ às _____ horas	Carga horária total do estágio: _____ horas

\_\_\_\_\_  
*assinatura do requisitante  
(responsável pelo Curso)*

\_\_\_\_\_  
*assinatura do responsável  
pela Instituição de Ensino*

Proposta recebida no IIER por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

aprovada     negada     com pendências: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Responsável(is) pelo(s) setor(es) do Estágio: \_\_\_\_\_