



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



## SOLICITAÇÃO DE VISITA ACADÊMICA

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

INFORMAÇÕES PESSOAIS		
Nome:		
		Data de nascimento: __/__/__
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Email:		
Tels. para contato:		
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:		
Departamento / Setor:		
Nome do Responsável:		
Tels. para contato:		
Email:		
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):		
Datas / Período preferencial:		
Carga horária / Jornada pretendida: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> integral <input type="checkbox"/> noite		

\_\_\_\_\_  
*assinatura do  
requisitante*

\_\_\_\_\_  
*assinatura do responsável  
pela instituição de ensino*

Proposta recebida por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

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

Profissional Anfitrião(ã) do(s) setor(es) a ser(em) visitado(s): \_\_\_\_\_