



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



## SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO (OPCIONAL)

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

Este estágio é:

- Curricular Obrigatório - a carga horária do estágio é parte integrante do meu Histórico Escolar  
 Extracurricular - a carga horária do estágio não é obrigatória para o meu currículo

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
Nome:	Nº Conselho Profissional / UF:
RG:	CPF: 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"/> residência <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"/> Neuroinfetologia	
<input type="checkbox"/> Ambulatório Viajantes, Vacinas e Raiva <input type="checkbox"/> Ambulatório de Doenças Tropicais	
<input type="checkbox"/> Outros (mais informações, interesses específicos, contatos prévios):	
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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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