



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



**SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPCIONAL**  
*Programa de Residência Médica - IIER*

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Nome do Residente:

Email:

Tels. para contato:

Ano de ingresso no IIER:

Sigla e nº Conselho Profissional:

**INSTITUIÇÃO DE INTERESSE**

Hospital / Faculdade:

Cidade / País:

( ) pública ( ) privada ( ) outros:

Departamento / Setor:

Nome do Responsável:

Email:

Tel. para contato:

Referências: ( ) Setor de Residência ( ) outro(s) residente(s) do IIER - ano:

( ) iniciativa própria ( ) recomendação feita por:

**DADOS DO ESTÁGIO**

Datas / Período desejado:

Mais informações (p.ex. interesses específicos, logística etc):

  
  

Proposta recebida em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

( ) aprovada por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

( ) negada devido a: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_