**SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADE**

**( ) ESTÁGIO CURRICULAR (**OBSERVAR NORMA Nº 06311 )

**( ) ATIVIDADE OBSERVACIONAL NÃO CURRICULAR**

**( ) ESTÁGIO DE RESIDENCIA MÉDICA OPTATIVO**

**( ) ESTÁGIO DE PÓS GRADUAÇÃO (ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO)**

**( ) RESIDENTE MÉDICA/ MULTIDISCIPLINAR**

**( ) ESTÁGIO PARA MÉDICO ESTRANGEIROS COM VISTO TEMPORÁRIO NO BRASIL**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Data de nascimento:** |
| **Endereço (informar o CEP):** |
| **Telefone:** |
| **E-mail:** |
| **CPF:** |
| **RG:** |
| **CONSELHO:** |
| **ESTADO CIVIL:** |
| **Seguro em caso de acidentes pessoais (Seguradora/Nº apólice e vigência):** |

***PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CANDIDATOS ACADÊMICOS OU MÉDICOS RESIDENTES:***

|  |
| --- |
| **Instituição de Ensino:** |
| **Curso:** |
| **Nível:** |
| **Previsão de Conclusão:** |
| **Orientador:** |

***ÁREA PARA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE:***

|  |
| --- |
| **Área escolhida:** |
| **Carga horária total:** |
| **Data de início:** |
| **Data de término:** |
| **Especificar os dias da semana e respectivos horários de início e término:** |

***Descrever as atividades que necessita realizar/observar:***

|  |
| --- |
|  |