



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF
INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**TERMO DE ACEITE DE ESTÁGIO OPTATIVO EXTERNO AO IFF
(RESIDENTE IFF PARA OUTRA INSTITUIÇÃO)**

Nome do Residente: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Matricula: _____ Ano da admissão: _____

Modalidade: Médica Uniprofissional Multiprofissional

Programa: _____

Coordenador/ Supervisor do Programa: _____

Instituição de Destino: _____

Programa/ Área da Instituição de Destino: _____

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Destino: _____

Período: ____/____/20____ a ____/____/20____.

Plano de Trabalho (60h/ semanais):

Atividades Propostas

Coordenação/ Supervisão do Programa/assinatura/carimbo

Coordenação da Comissão de Residência /assinatura/carimbo