Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

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

TERMO DE ACEITE DE ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF

(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF – QUANDO NÃO HOUVER PROGRAMA E CONVÊNIO)

Nome do Residente: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Matricula: _____ Ano da admissão: _____

Modalidade: ☐Médica ☐Uniprofissional ☐Multiprofissional

Instituição de Origem: _____

Programa da Instituição de Origem: _____

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Origem: _____

Área do IFF: _____

Coordenador/ Supervisor da Área do IFF: _____

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

Plano de Trabalho (60h/ semanais):

Atividades Propostas

_____
Coleg. da Atenção ou Coord. Diag. e Terap.
assinatura/carimbo

_____
Coordenação do Ensino
assinatura/carimbo

_____
Coordenação da Atenção
assinatura/carimbo

_____
Direção
assinatura/carimbo

Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22250-020
Tel.: (0xx21) 2554-1700 – Fax.: (0xx21) 2553-8094
http://www.iff.fiocruz.br