

TERMO DE ACEITE DE ESTÁGIO OPTATIVO EXTERNO AO IFF
(RESIDENTE DO 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