FIOCRUZ SUS

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 HOUVER PROGRAMA OU 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: _____

Programa do IFF: _____

Coordenador/ Supervisor do Programa: _____

Período: ____/_____/20_____a _____/_____/20_____.

Plano de Trabalho (60h/ semanais):

Atividades Propostas

_____

Coordenação/ Supervisão do Programa/assinatura/carimbo

_____

Coordenação da Comissão de Residência-IFF/assinatura/carimbo

Av. Rui Barbosa, 716 – 4º andar – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.250-020
Telefone: (21) 2554-1700 ramais 1832 e 1833
E-mail: residencia.iff@fiocruz.br