



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE RESIDÊNCIAS**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPCIONAL

IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE	
Nome:	
Matrícula:	Tel. contato:
INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ESTÁGIO	
Nome da Instituição:	
Contato:	Cidade, Estado:
INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL/CONTACTADO	
Nome:	
Contato:	Função:
INFORMAÇÕES DO ESTÁGIO	
Setor:	Período:
Descrição dos documentos exigidos pela Instituição para solicitação e/ou aceite do estágio: 1. 2. 3. 4.	
<input type="checkbox"/> Afirmo ter anexado a esta requisição comprovante de aceite por parte da Instituição/profissional mencionado.	
<input type="checkbox"/> Afirmo ter ciência de que a Instituição na qual deverei realizar meu estágio optativo precisa atuar no mesmo nível de complexidade da área de concentração da minha residência.	
<input type="checkbox"/> Afirmo estar ciente de que solicitações feitas sem a antecedência mínima de 30 dias da data da realização do estágio não serão encaminhadas.	
Observações (opcional):	