



# SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO DEZEMBRO 2023

A pesquisa levará aproximadamente 5 minutos para ser concluída.

## 1. Nome Completo \*

Caroline Quio Bertolini da Cruz

## 2. Disponibilidade de horário \*

☐ MANHÃ

☒ TARDE

☐ NOITE (SOMENTE DE SEGUNDA À SEXTA)

**3. Disponibilidade semanal \***

- ☐ SEGUNDA À SEXTA(TODOS OS DIAS)
- ☒ SEGUNDA, QUARTA E SEXTA
- ☐ TERÇA E QUINTA
- ☐ SOMENTE DIAS PARES (SEGUNDA À SEXTA)
- ☐ SOMENTE DIAS ÍMPARES (SEGUNDA À SEXTA)
- ☐ SÁBADO E DOMINGO(FIM DE SEMANA)
- ☐ SÁBADO
- ☐ DOMINGO
- ☐ Other

**4. Disponibilidade mensal(caso seja o mês todo, favor selecionar as duas alternativas) \***

- ☒ 1º QUINZENA DO DIA 1 AO DIA 15

**5. RG \***

543610950

6. **Telefone para contato via whatsapp \***

11911567229

7. **Turma \***

3EAASP

8. **Módulo atual \***

☒ 1º MÓDULO


☐ 2º MÓDULO

☐ TECNICO DE ENFERMAGEM

9. **Quantidade de horas pendentes**

30

## 10. Termo de aceite de oferta de campo de estágio \*

Pelo presente termo, o aluno acima mencionado declara que aceita realizar estágios neste mês em um dos campos conveniados. O aluno por este termo declara que as datas e horários do estágios foram definidos de acordo com a sua solicitação e disponibilidade, havendo, portanto, o compromisso de comparecimento nas datas e horários que foram agendados junto ao campo de estágios, ficando expressamente consignado  que eventual ausência deverá ser previamente justificada, via requerimento na secretaria da escola para análise da direção, sendo que, em caso de ausência injustificada ou indeferida, arcará o aluno com o pagamento da taxa referente a falta(consultar valor vigente). Por fim, o aluno declara estar ciente da necessidade da realização de 200 horas de estágios por módulo para a conclusão do curso, sendo que o não cumprimento de tal exigência implicará na impossibilidade de emissão de certificado de conclusão do curso.

## 11. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA

### REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Eu aluno do Instituto Polígono de Ensino identificado(a) como estagiário(a) assino, por minha livre e espontânea vontade no presente termo, que fui informado(a) sobre os possíveis riscos de contaminação pelo vírus da COVID-19 durante o período de estágio.

Fui informado(a) sobre todos os protocolos de uso de equipamentos de proteção individual (EPI) necessários para minimizar os possíveis riscos de transmissão da COVID-19.

Fui informado(a) que a infecção da COVID-19 pode evoluir com complicações clínicas graves, necessitando de terapia intensiva e podendo evoluir à óbito.

Fui informado(a) que, caso eu apresente sinais e/ou sintomas sugestivos de COVID-19 não poderei continuar o período de estágio, procurando atendimento médico para o devido tratamento e afastamento segundo a recomendação do Ministério da Saúde .

Fui informado que este termo tem validade até 28 de Fevereiro de 2023.

Declaro que as informações fornecidas foram esclarecedoras e todas as dúvidas que me ocorreram foram sanadas, desta forma consinto e assino abaixo. \*

☒ CONCORDO

**12. Cidades que poderia estagiar \***

☒ SANTO ANDRÉ

☐ MAUÁ (segunda a sexta período da tarde e noite/ finais de semana período da manhã)

**13. E-mail \***

caroline.quio@gmail.com

**14. Observações e Preferências(Não será possível atender as preferências de todos, devido a quantidade limitada de alunos em cada campo, porém tentaremos atender o máximo de solicitações).**

Não gostaria de ir para casa de repouso

This content is created by the owner of the form. The data you submit will be sent to the form owner. Microsoft is not responsible for the privacy or security practices of its customers, including those of this form owner. Never give out your password.

Powered by Microsoft Forms |

The owner of this form has not provided a privacy statement as to how they will use your response data. Do not provide personal or sensitive information.

| [Terms of use](#)