HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Unidade: 61 - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

Curso: 61.08.00007 - Residência Multiprofissional em Saúde Auditiva

REQUERIMENTO PARA AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES

Residente:_____ R1 ( ) R2 ( )

Área: _____ Data de solicitação:_____

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Período de afastamento: _____

Motivo / justificativa: _____

_____

_____

_____

Em caso de afastamento para participação em evento científico:

Local do evento (Cidade-UF): _____

Instituição promotora: _____

Tipo de participação: ( ) Ouvinte ( ) Palestrante ( ) Apresentador (oral/pôster)

Atenção: caso o pedido seja aprovado, o comprovante do afastamento deverá ser anexado ao caderno de frequência, no mês de início da ocorrência: atestado médico, certificado ou declaração emitida pela instituição promotora do evento etc.

CIÊNCIA E ACORDO

Residente: _____ Data: _____
(assinatura)

Tutor/preceptor: _____ Data: _____
(carimbo e assinatura)

Coordenador: _____ Data: _____
(carimbo e assinatura)