|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE |
| **Programa:**  [ ]  Saúde Auditiva [ ]  Síndromes e Anomalias Craniofaciais  | **Ano de ingresso no curso:** Ano |
| **Nome do residente:** Nome completo | **Nº USP:** Nº USP |
| **Área profissional:**  Selecione sua área | **E-mail:**  E-mail |

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO |
| **Título do evento:** Título do evento |
| **Instituição promotora:** Nome da instituição promotora do evento | **Modalidade:** [ ]  presencial [ ]  on-line  |
| **Local de realização:** Cidade-UF em que o evento aconteceu | **Período:** data início a data fim |
| **Participação:**  [ ]  ouvinte [ ]  palestrante [ ]  apresentador (oral/painel) | **Certificado entregue?** [ ]  sim [ ]  não |

|  |
| --- |
| RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO EVENTO |
| **Como você relacionaria o evento ao programa de residência?**Resposta |
| **Quais as contribuições do evento para a sua área profissional?**Resposta |
| **Resumo do trabalho / palestra apresentado por você durante o evento (se aplicável).**Resposta |

Bauru, SP, data de entrega do relatório.