|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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.