



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO PARA AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES

Programas de Residência Multiprofissional da Saúde

Programa: () Saúde Auditiva () Síndromes e Anomalias Craniofaciais

Nome do residente: _____

Área profissional: _____ **Data de solicitação:** _____

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Período de afastamento: _____

Motivo / justificativa: _____

Afastamento para participação em evento científico:

Local do evento (Cidade-UF): _____

Instituição promotora: _____

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

Obs. 1: caso o pedido seja aprovado, o **comprovante do afastamento** deverá ser anexado ao caderno de frequência, no mês de início da ocorrência. Exemplos: atestado médico, certificado ou declaração emitida pela instituição promotora do evento etc.

Obs. 2: o residente deverá preencher o **relatório de participação em evento**, disponível no site do HRAC-USP, e enviar para o e-mail da Seção de Apoio Acadêmico (saac@usp.br) no prazo máximo de 10 dias, a partir do final do evento.

Solicitante: _____ Data: _____
(assinatura do residente)

CIÊNCIA E ACORDO

Tutor da área: _____ Data: _____
(carimbo e assinatura)

Coordenador: _____ Data: _____
(carimbo e assinatura)