ANEXO III- PROPOSTA DE CONCESSÃO DE ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS

INSTITUIÇÃO ENSINO:		**CAMPUS:**			**Data:**
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE:	**( ) Norte**	**( ) Sul**	**( ) Sudeste**	**( ) Leste**	**( ) Centro-Oeste**
COVISA:	**( ) Norte**	**( ) Sul**	**( ) Sudeste**	**( ) Leste**	**( ) Centro-Oeste**
UNIDADE HOSPITALAR DE INTERESSE:					
CURSO:	**( ) MEDICINA**	**( ) ENFERMAGEM**	**( ) FISIOTERAPIA**	**( ) OUTROS**	

SETOR HOSPITALAR OU OUTRAS UNIDADES	DISCIPLINA	Data: inicio e fim MANHÃ/TARDE / NOITE	Nº DE ALUNOS (POR GRUPO)	Nº GRUPOS	CARGA HORÁRIA INDIVIDUAL DO PERÍODO	CARGA HORÁRIA TOTAL	ENFERMAGEM (CAMPO EXCLUSIVO P/ CURSO DE ENFERMAGEM)			Supervisor	Nº. CRM / COREN / CREFITO / OUTROS
							G	T	A		
TOTAIS											

LEGENDA: G – GRADUAÇÃO T – TECNICO DE ENFERMAGEM
A -AUXILIAR DE NFERMAGEM

Nome do Coordenador: **Fone:**
Email: