**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO**



**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA**

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA VISITA DE ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE VISITANTE** |
| **NOME COMPLETO:**  **RG:** **CPF:****ENDEREÇO:** **CEP:**  **CIDADE:**  **UF:****TELEFONE(S) DE CONTATO:** **E-MAIL:** **CURSO DE GRADUAÇÃO:**  **PERÍODO:**  |  |
| **DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM** |
| **RAZÃO SOCIAL/SIGLA:** **ENDEREÇO:** **CEP:**  **CIDADE:**  **UF:** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DO CURSO DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM** |
| **NOME COMPLETO:** **TELEFONE(S) DE CONTATO:** **E-MAIL:**  |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A VISITA** |
| **ÁREA DE INTERESSE:** **DATA DE INÍCIO:**  **DATA DE TÉRMINO:**  |
| **PARA USO DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Docente Supervisor da Visita: Assinatura/Carimbo Estudante Visitante****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Chefe da Divisão ou Serviço: Assinatura/Carimbo Chefe do Depto: Assinatura/Carimbo** |