|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome completo do solicitante:** | | |
| Telefone: | | E-mail: |
| RG: | | CPF: |
| Instituição de Ensino: | | Curso: |
| Semestre: | | Orientador: |
| Funcionário do HAN? ( ) Não | ( ) Sim - Qual Setor de Trabalho? | |
| Área de Interesse: | | |
| Período: | | Horário: |
| Atribuições a serem desempenhadas (o que será feito): | | |
| Metodologia (como será realizado): | | |
| Observações: | | |
| Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Solicitante | | |
| ***Observações****:*  *- O solicitante compromete-se em entregar para o Hospital Ana Nery um Relatório da Atividade, ao término da mesma.*  *- O 1º dia de atividade é direcionado às orientações pelo Coordenador do CEP e pelo Coordenador da área onde o acadêmico estará desempenho as atividades.*  *- Documentação necessária para encaminhar a solicitação: Formulário de Solicitação de Campo de Atividade Acadêmica Curricular, Curriculum Vitae ou Lattes atualizado, Carta de Apresentação da Instituição de Ensino.*  *- Sendo a atividade aprovada, deverá providenciar o Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório junto a instituição de ensino e uma foto (3x4) para confecção de crachá de identificação.*  *- Esses documentos deverão ser entregues no CEP – Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Ana Nery. Após a análise do setor, a solicitação será encaminhada para a Coordenação da área de interesse do acadêmico, que irá emitir um parecer.*  *- O CEP informará o retorno do parecer ao acadêmico ou instituição de ensino.*  *- A falta de algum documento ou assinatura poderá implicar na não autorização da atividade.* | | |