**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**PROGRAMA DE PRÁTICAS HOSPITALARES – HVET-FESB**

**Assinale a área na qual pretende cumprir as práticas:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Setor / Dia** | **Segunda** | | **Terça** | | **Quarta** | | **Quinta** | | **Sexta** | |
| **Manhã** | **Tarde** | **Manhã** | **Tarde** | **Manhã** | **Tarde** | **Manhã** | **Tarde** | **Manhã** | **Tarde** |
| **Anestesiologia** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Clínica de Pequenos** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Clínica e Cirurgia de Grandes** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cirurgia Pequenos** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Farmácia** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Internação** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Laboratório** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OBS: Anestesiologia, Cirurgia e Laboratório a partir do 5º semestre do curso.**

**DADOS DO CANDIDATO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME: | | RA: |
| CPF: | RG: | |
| ENDEREÇO: | | |
| RUA (AV): | | |
| BAIRRO: | | |
| COMPLEMENTO: | | |
| CIDADE: | | |
| CEP: | | |
| TELEFONE: (DDD) | | |
| CELULAR: (DDD) | | |
| E-MAIL: | | |

Estou ciente, que minha inscrição será efetuada somente se os documentos necessários forem entregues.

Bragança Paulista, de fevereiro de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato