

PEDIDO DE ESTÁGIO

NOME _____ Nº Mec. _____,

Interno (a) _____ ano da Formação Especializada de _____

solicita a V. Ex^a autorização para frequentar/anular/alterar (riscar o que não interessa) o estágio de _____, no Serviço _____ do ULS/Instituto de _____. Pelo período de ___ meses de ___/___/___ a ___/___/___.

Existe Idoneidade e Capacidade Formativa da ULSSM? SIM NÃO

Estágio obrigatório no âmbito do programa formativo? SIM NÃO

Justificar: _____

O Serviço de Urgência será efetuado em: _____

Data, ___/___/___

(Assinatura do Interno (a))

OBS: CASO O ESTÁGIO INTERFIRA COM A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA, ESTE DEVE SER ARTICULADO COM A DIREÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL.

Parecer do Serviço de colocação do Interno

O ORIENTADOR DE FORMAÇÃO

(O estágio está de acordo com o Programa de Formação)

(Assinatura e nº. mec.)
Data ___/___/___

O DIRETOR DO SERVIÇO

(Concordo com o estágio solicitado)

(Assinatura e respetivo carimbo)
Data ___/___/___

Parecer do serviço onde o estágio é pretendido

O DIRETOR DO SERVIÇO

Concordo com o estágio solicitado

(Assinatura e Respetivo Carimbo)
Data ___/___/___

O RESPONSÁVEL DE ESTÁGIO

(Nome, Assinatura e Nº. Mec.)
Data ___/___/___

A DIREÇÃO DO INTERNATO MÉDICO

(Assinatura e respetivo carimbo)

Data, ___/___/___

**DIREÇÃO DO
INTERNATO MÉDICO**

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

NOTAS: Os pedidos de estágios devem ser submetidos à Direção do Internato Médico do CHULN com **antecedência mínima de 60 dias.**