

## PEDIDO DE ESTÁGIO

NOME \_\_\_\_\_ Nº Mec \_\_\_\_\_,

Interno (a) \_\_\_\_\_ ano da Formação Especializada de \_\_\_\_\_

solicita a V. Ex<sup>a</sup> 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 INTERFERA 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 \_\_\_\_\_ Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Assinatura e respetivo carimbo)

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.**