CADASTRO DE ESTÁGIO NÃO-OBRIGATÓRIO EM FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Estagiário de: ( ) Fisioterapia ( ) Terapia Ocupacional

INFORMAÇÕES DO ESTAGIÁRIO

NOME COMPLETO: ,

DATA DE NASCIMENTO: / / CPF: . . - RG:

ENDEREÇO RESIDENCIAL: , Nº ,

COMPLEMENTO , BAIRRO ,

CEP , MUNICÍPIO/UF ,

FONE COMERCIAL ( ) , FONE CELULAR ( \_) ,

E-MAIL .

Nº TOTAL DE SEMESTRES DO CURSO:

Nº DE SEMESTRES JÁ CONCLUÍDOS PELO ACADÊMICO: .

**DECLARO** QUE MEU TIPO SANGUÍNEO É .

ASSINATURA DO ESTAGIÁRIO

INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

A PRESENTE INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DENOMINADA , VEM POR MEIO DESTE E SOB A RESPONSABILIDADE DE SEU (SUA) COORDENADOR (A) DE CURSO DR.(A) DECLARAR QUE O(A) ACADÊMICO(A) ACIMA ESTÁ CURSANDO DISCIPLINA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO, JÁ TENDO CONCLUÍDO TODAS AS DISCIPLINAS NECESSÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NÃO-OBRIGATÓRIO. INFORMO QUE O (A) PROFESSOR (A) RESPONSÁVEL PELA SUPERVISÃO DE ESTÁGIO É O (A) DR.(A)

ASSINATURA E CARIMBO DO COORDENADOR DO CURSO

INFORMAÇÕES DA UNIDADE CONCEDENTE

( ) PESSOA JURÍDICA ( ) CONSULTÓRIO

EU, , FISIOTERAPEUTA ( ) -TERAPEUTA OCUPACIONAL ( ) INSCRITO (A) NO CREFITO-18 Nº , RESPONSÁVEL PELO ESTAGIÁRIO NA PESSOA JURÍDICA/CONSULTÓRIO INSCRIÇÃO NO CREFITO-18 Nº ,

SITUADA NO ENDEREÇO , N ,

MUNICÍPIO/UF , FONE COMERCIAL ( ) , FONE CELULAR ( ) ,

CNPJ (se pessoa jurídica) , E-MAIL .

VENHO **SOLICITAR** QUE O ACADÊMICO ACIMA IDENTIFICADO SEJA CADASTRADO NO CREFITO-18 PARA EXERCER **ESTÁGIO NÃO-OBRIGATÓRIO,** DECLARANDO QUE EFETUAREI A SUPERVISÃO DIRETA DE TODAS AS ATIVIDADES EXECUTADAS PELO ACADÊMICO NO ESTABELECIMENTO.

SUPRACITADO, E SOLICITAR A **EMISSÃO DE CRACHÁ** DE IDENTIFICAÇÃO, DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFFITO Nº 432/2013. SEGUE ABAIXO AS INFORMAÇÕES DO ESTÁGIO:

HORÁRIO PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE / / ATÉ  / / CARGA HORÁRIA TOTAL Hs.

**PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO EM CASO DE PESSOA JURÍCA:**

INFORMO QUE ATUALMENTE, A PESSOA JURÍDICA CONTA COM FISIOTERAPEUTAS E, CONFORME O ART. 7º DA RESOLUÇÃO Nº 432 DO COFFITO, HAVERÁ NO MÁXIMO ESTAGIÁRIOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO.

INFORMO AINDA QUE SERÁ RESPEITADA A LEI 11788/2010 E A RESOLUÇÃO COFFITO/432 DE 2013.

, DE DE .

ASSINATURA E CARIMBO DO FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL (UNIDADE CONCEDENTE)

***ANEXOS***

* **DUAS** FOTOS 3X4 DO ACADÊMICO (**VESTIMENTAS A CARATER**);
* CÓPIA DE DOCUMENTO **OFICIAL** COM FOTO DO ACADÊMICO (RG, CNH, CTPS OU CERTIFICADO DE RESERVISTA);
* CÓPIA DO TERMO DE COMPROMISSO ASSINADO PELO ACADÊMICO, PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E PELA EMPRESA CONCEDENTE (CONTRATO DE ESTÁGIO).