

TERMO DE REQUERIMENTO DE ESTÁGIO EXTRACURRICULAR
ALUNO COM VÍNCULO ATIVO EM OUTRA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

CONCEDENTE:

Razão Social: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Representante Legal: Prof. Dr. Helencar Ignácio Cargo: Diretor Geral

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416 – Vila São Pedro

CEP: 15090-000 Cidade: São José do Rio Preto Estado: São Paulo

CNPJ: 00326036/0001-60 Fone: (17) 3201-5710/3201-5821

E-mail: nucleoderelacoesinstitucionais@famerp.br

DADOS DO ESTAGIÁRIO

Nome:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

RG: CPF: Data de nascimento:

E-mail: Fone: (.....)

Matriculado (a) no curso de graduação em Medicina

Matrícula ou RA (registro acadêmico) nº: Série/Período/Ano/Termo:.....

INSTITUIÇÃO DE ENSINO DO ESTAGIÁRIO

Razão Social:

Endereço:

CEP: Cidade: Estado:

CNPJ: Fone: (.....)

E-mail:

ESTÁGIO SOLICITADO:

Setor/Unidade/Serviço:

no Complexo FAMERP/FUNFARME.

Início: / / Término: / / Carga horária: horas

São José do Rio Preto, de de 20.....

Nome completo e assinatura do solicitante