



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

Hospital de _____. Pelo período de ____ meses de ____/____/____

a ____/____/____.

(Preencher só em caso de o estágio solicitado ser fora do CHLN):

Existe Idoneidade e Capacidade Formativa no CHLN? SIM NÃO

Justificar: _____

Data, ____/____/____

(Assinatura do Interno (a))

Parecer do Serviço de colocação do Interno

O ORIENTADOR DE FORMAÇÃO

O estágio está de acordo com
O Programa de Formação

O DIRETOR DO SERVIÇO

Concordo com o estágio solicitado

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

(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 ____/____/____

A DIREÇÃO DO INTERNATO MÉDICO _____ Data, ____/____/____
(Assinatura e respetivo carimbo)

**DIRECÇÃO DO
INTERNATO MÉDICO**