INTERNO DE FORMAÇÂO GERAL – ESTÁGIO OPCIONAL																														
NOME	D	r.	(A)																											

ESTÁGIO PRETENDIDO:																														
HOSPITAL																														
SERVIÇO DE:																ESTÁGIO DE:														
PERÍODO	INÍCIO:														2	0			DURAÇÃO		MESES
	FIM:														2	0					

INFORMAÇÃO RELATIVA À OPORTUNIDADE DESTE ESTÁGIO PRESTADA PELO DIRETOR DE SERVIÇO**:**

_____

_____

_____

PROPOSTA PARA NOMEAÇÃO DE RESPONSÁVEL DE ESTÁGIO

(Artigo 15º da Portaria 1499/2004 de 28 de Dezembro)

Proponho a nomeação do(a)_____

O DIRETOR DO SERVIÇO

(ASSINATURA E RESPETIVO CARIMBO)

Lisboa, _____ / _____ /_____

O Diretor do Internato Médico

_____

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

www.chln.pt

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

www.chln.pt