**RELAÇÃO DE RESIDENTES E PLANO DE ATIVIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição de ensino: | |
| Área da residência: | |
| Carga horária das atividades: | |
| Local das atividades: | |
| Disciplina: | |
| Responsável pela disciplina: | |
| Registro profissional: | Telefone: |
| Email: | |
| Preceptor na Unidade: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Horário | Dias da semana | Número de residentes | Período | |
| Início | Término |
|  |  |  |  |  |

**RELAÇÃO DE RESIDENTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº | NOME COMPLETO | MÊS DO ESTÁGIO | PROFISSÃO |
| 01 |  |  |  |
| 02 |  |  |  |
| 03 |  |  |  |
| 04 |  |  |  |
| 05 |  |  |  |

(inserir linhas, se necessário).

**PLANO DE ATIVIDADES DOS RESIDENTES NO CENÁRIO DE PRÁTICA**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

OBS: descrever as atividades de cada profissão.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenação do Programa Preceptor da Unidade

(carimbo e assinatura) (carimbo e assinatura)

OBS: os documentos solicitados deverão ser entregues à Escola Municipal de Saúde Pública - Goiânia/GO no prazo de cinco dias que antecedem o início das atividades práticas.