(Timbre da Instituição de Ensino)

**RELAÇÃO DOS GRADUANDOS / PLANO DE ATIVIDADES**

|  |
| --- |
| Instituição de ensino: |
| Curso: |
| Carga horária das atividades: |
| Local das atividades: |
| Disciplina: |
| Responsável pela disciplina:  |
| Registro profissional: | Telefone:  |
| Email: |
| Preceptor na Unidade (quando necessário): |

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

**RELAÇÃO DE GRADUANDOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº | NOME COMPLETO |
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |

**DESCRIÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES DOS GRADUANDOS (Que será desenvolvida na US)**

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

Professor Responsável Preceptor da unidade

 (carimbo e assinatura)

OBS: os documentos solicitados deverão ser enviados à Escola Municipal de Saúde Pública, situada à Av T-10, nº 1030, Setor Bueno - Goiânia/GO.