***DECLARAÇÃO***

*Declaramos para os devidos fins que o (a) Sr(a)* *, da* *, permanecerá como (**)****Estagiário****(* *)* ***Participante do Programa de Prática Profissionalizante****, junto ao Departamento de Cirurgia, no****,*** *desta Faculdade, no período de* Clique aqui para inserir uma data. *a* Clique aqui para inserir uma data.*.*

*São Paulo,* Clique aqui para inserir uma data.*.*

***Prof Dr***

*Responsável pelo Serviço*

*VCI – FMVZ - USP*

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

Assinatura e Carimbo da Secretaria do VCI

\*\*\*Documento emitido em 2 vias:

01 entregue ao Solicitante com ciência da Secretaria do VCI.

01 via arquivada no processo do Solicitante.