**PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO**

**TÉCNICAS DE RADIOLOGIA VETERINÁRIA**

**(**Serviço de Diagnóstico por Imagem - VCI**)**

**Ao Departamento de Cirurgia da FMVZ-USP**

Data do Pedido:       de      de 20

solicitante:

E-mail do solicitante:

Endereço Completo:

Bairro:       CEP:       Cidade:       Estado:

Telefone:

Técnico de Radiologia (segundo grau completo)

Tecnólogo

Data da Conclusão do Curso:      .

Período Solicitado:       a       (Iniciar no 1º dia útil do mês e concluir no último dia útil do período)

Tarde  Manhã.

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

(Assinatura do Solicitante)