**SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO CURRICULAR-SUPERVISIONADO.**

**À Chefia do Departamento de Cirurgia da FMVZ-USP**

Data do Pedido:       de      de 20

instituição solicitante:

Acadêmico (a):      .

Semestre letivo do aluno (a)      .

Período Solicitado para o estágio:       a

Integral  Tarde  Manhã.

Nome do Serviço ou Laboratório de interesse para realizar o estágio:

|  |
| --- |
| Serviço de Cirurgia (Grandes Animais)  Centro de Odontologia Equina (CAEP-Pirassununga)  Serviço de Diagnóstico por Imagem (RX e US)  Laboratório de Técnicas Imunológicas Aplicadas à Morfofisiologia – LTIAM  Laboratório de Células Tronco e Terapia Celular |

(Informações completas)

Existe solicitação a outra Instituição no mesmo período?      .

Nome da Instituição solicitante:

Endereço:       CEP.:

Email da Instituição ou docente solicitante:       Fone/Fax:

# Atenciosamente,

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

(Assinatura e carimbo do responsável da IES pela solicitação do aluno)

Este formulário deve ser digitalizado junto com o Histórico escolar e o curriculum do aluno e encaminhado pelo link específico na página do VCI. A LISTAGEM COM OS NOMES DOS ALUNOS SELECIONADOS PARA ESTÁGIO SERÁ PUBLICADA EM: <http://vci.fmvz.usp.br/resultados-de-estagio/>