**Estágio Curricular-Supervisionado.**

PEDIDO DE ESTÁGIO

(Somente alunos da FMVZ-USP).

PREENCHER **ELETRONICAMENTE** E ENCAMINHAR AO E-MAIL DA SECRETARIA DO DEPARTAMENTO: (VCI – vcifmvz@usp.br)

Data do Pedido:      de       de

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:

|  |
| --- |
| **CIRURGIA - VCI**[ ]  Serviço de Anestesia[ ] Serviço de Cirurgia (Pequenos Animais)[ ] Serviço de Cirurgia (Grandes Animais)[ ] Serviço de Oftalmologia[ ]  Serviço de Diagnóstico por Imagem |

Existe solicitação a outra Instituição no mesmo período?

Email:

Fone: