**SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO CURRICULAR-SUPERVISIONADO.**

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

Data do Pedido:       de      de 202

instituição solicitante:

Acadêmico (a):      .

Semestre letivo do aluno (a)      .

Período Solicitado para o estágio:       a       (Respeitar 01 a 30 ou 31 do mês)

 [ ]  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 Células Tronco e Terapia Celular[ ] Laboratório de Técnicas Anatômicas Aplicadas à Morfofisiologia – LTIAM(**Somente estes Serviços estão aceitando pedidos**) |

(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)

A LISTAGEM COM OS NOMES DOS ALUNOS SELECIONADOS PARA ESTÁGIO SERÁ PUBLICADA EM [www.vci.fmvz.usp.br/estagios](http://www.vci.fmvz.usp.br/estagios)