



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO
CURRICULAR OBRIGATÓRIO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO
MÓDULO ELETIVA**

Declaro para os devidos fins de Controle Acadêmico da Universidade do Estado do Pará, Campus VIII - Marabá, que eu _____
no cargo/função _____ na instituição
_____, autorizo o(a) discente
_____, do Curso de Medicina, turma
_____, realizar o estágio obrigatório de formação em serviço módulo eletiva na área de
_____, no setor ou departamento
_____, sob a supervisão/preceptoria do(a)
_____, no período de ____/____/____ até
____/____/____. Firmo o compromisso que ao final do estágio mencionado será
emitido o Relatório das atividades e autenticação da frequência do(a) discente com assinatura e
carimbo.

Marabá – Pará, ____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo