**CARTA DE AUTORIZAÇÃO E SUPERVISÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO**

Eu, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar a especialidade) do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - Mater, **Registro Profissional nº \_\_\_\_\_\_\_**, autorizo e estarei supervisionando a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar a especialidade), registro profissional nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** a realizar o estágio com duração de **\_\_\_\_\_** dias, no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater**, CNES 2079119,** no período de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_** do corrente ano.

O referido estágio terá carga horária de até **\_\_\_ horas semanais**, totalizando **\_\_\_ horas** distribuídas conforme a grade abaixo:

Telefone e e-mail do estagiário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Segunda-Feira | Terça-Feira | Quarta-Feira | Quinta-Feira | Sexta-Feira |
| Manhã |  |  |  |  |  |
| Tarde |  |  |  |  |  |

À disposição,

Ribeirão Preto, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

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

Especialidade:

Registro:

Supervisor de estágio

Ciente – Diretoria Acadêmica Mater: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

 Carimbo:

Ciente – Diretoria de Atenção à Saúde Mater: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

 Carimbo: