UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

FOLHA PRESENÇAS ESTAGIÁRIO - CCE

Processo CCE N.º _____

N.º dias _____

Mês Faturação / Ano _____

1. Identificação

Nome completo _____

Instituição / Escola: _____

Hospital _____ **Serviço** _____ **Unidade Funcional** _____

Área de Estágio: _____ **Profissional responsável:** _____

Data início do estágio _____ / _____ / _____ **Data fim do estágio** _____ / _____ / _____

Dia / Mês	Entrada		Saída		Dia / Mês	Entrada		Saída		Obs.
	Hora	Rubrica	Hora	Rubrica		Hora	Rubrica	Hora	Rubrica	

Data _____/_____/_____

Assinatura do Estagiário,

_____

Assinatura do Responsável Estágio,

_____

Assinatura do Director/Chefe/Responsável do Serviço,

_____