|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA | | | | | | | | | | | | | RAMAL: 17206 |
| DISCIPLINA: | | | | | | | DOCENTE RESPONSÁVEL:  PROFA. DRA. ELOÍSA HELENA RUBELLO VALLER CÉLERI | | | | | | |
| NOME PROGRAMA DE TREINAMENTO EM SERVIÇO: (PSI-TS024) - **GENÉTICA MÉDICA NO AMBULATÓRIO DE CRIANÇAS PEQUENAS (0-4 ANOS) NA ÁREA DE PSIQUIATRIA INFANTIL** | | | | | | | | | | | | | |
| MODALIDADE DO TREINAMENTO EM SERVIÇO | |  | | --- | |  | | MÉDICO/OU RECICLAGEM | | | | | | | |  | | --- | | **X** | | | MÉDICO DE APERFEIÇOAMENTO | | |
| |  | | --- | |  | | TREIN.P/ PROF. DE SAÚDE | | | | | | | |  | | --- | |  | | | PESQUISA EM ÁREA BÁSICA | | |
| |  | | --- | |  | | OUTRAS MODALIDADES | | | | | | |  | |  | | |
| INÍCIO: 09/03/2022 | | | | FINAL: 01/03/2023 | | | | | | | | | |
| CARGA HORÁRIA TOTAL: 225 | | | | HORÁRIO: Disponibilidade de 4 horas semanais. Atendimento de pacientes no ambulatório de transtornos alimentares. | | | | | | | | | |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | |
| NOME: | | | | | | | | | | | | | |
| CURSO: | | | ANO DE FORMATURA: | | | | | | | N° ID PROFISSIONAL: | | | |
| DATA DE NASCIMENTO:   /  / | | | | | | RG: | | CPF: | | | | | U.F. |
| ENDEREÇO: | | | | | | | | | | | | | |
| BAIRRO: | | | | | CIDADE: | | | | | | | ESTADO: | |
| CEP: | | | | | FONE: (   ) | | | | | | | | |
| E-MAIL: | | | | | | | | | | | | | |
| ASSINATURA DO INTERESSADO  DATA: DA SOLICITAÇÃO  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:  DE ACORDO | | | | | | | | |
| **COMISSÃO DE EXTENSÃO E ASSUNTOS COMUNITÁRIOS** | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROF. DR. RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLACOORDENADOR DA COMISSÃO DE EXTENSÃO E ASSUNTOS COMUNITÁRIOS ***FCM/UNICAMP*** | | | | | | | | | | | | | |

* FICHA DE CADASTRO DE TREINAMENTO EM SERVIÇO (DEVIDAMENTE PREENCHIDA, ASSINADA E IDENTIFICANDO A ASSINATURA COM CARIMBO DO DOCENTE RESPONSÁVEL PELO TREINAMENTO)
* CURRICULUM.
* COPIA AUTENTICADA DA CARTEIRA DO ORGÃO DE CLASSE DO ESTADO DE SÃO PAULO, QUANDO SE TRATAR DE PROTOCOLO DEVERÁ ESTAR DEVIDAMENTE IDENTIFICADO COM CARIMBO E ASSINATURA DO ORGÃO EMISSOR)
* DIPLOMA DE GRADUAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
* CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA (OU OUTROS CONFORME EXIGÊNCIA DO PROGRAMA)
* CARTEIRA DE VACINAÇÃO ATUALIZADA - CÓPIA FRENTE E VERSO (HEPATITE B TRÊS DOSES, VARICELA (CATAPORA), SARAMPO/CAXUMBA E RUBÉOLA (MMR), GRIPE, TRÍPLICE ACELULAR (DTPA)
* COMPROVANTE DA COVID-19 (1º e 2º DOSE)

OBSERVAÇÃO: A matrícula do aluno de Treinamento em Serviço deverá ser efetivada antes do início das atividades. Portanto, os alunos estarão autorizados a iniciar o Treinamento em Serviço após a efetivação da matrícula junto a CEU/FCM. Também não serão feitas matrículas com data retroativa. Lembrando que para a matrícula os alunos deverão comparecer pessoalmente a CEU/FCM.