|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA | RAMAL: 17206 |
| DISCIPLINA: | DOCENTE RESPONSÁVEL:PROF. DR. PAULO DALGALARRONDO |
| NOME PROGRAMA DE TREINAMENTO EM SERVIÇO: (PSI-TS040) - **SERVIÇO SOCIAL EM NÍVEL AMBULATORIAL PARA ATUAÇÃO JUNTO A PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES (ANOREXIA NERVOSA, BULIMIA NERVOSA, COMPULSÃO ALIMENTAR, OBESIDADE MÓRBIDA) E SEUS FAMILIARES** |
| MODALIDADE DO TREINAMENTO EM SERVIÇO  |

|  |
| --- |
|  |

 | MÉDICO/OU RECICLAGEM |

|  |
| --- |
|  |

 | MÉDICO DE APERFEIÇOAMENTO |
|

|  |
| --- |
| **X** |

 | TREIN.P/ PROF. DE SAÚDE |

|  |
| --- |
|  |

 | PESQUISA EM ÁREA BÁSICA |
|

|  |
| --- |
|  |

 | OUTRAS MODALIDADES  |  |  |
| INÍCIO: 07/03/2022 | FINAL: 28/02/2023 |
| CARGA HORÁRIA TOTAL: 225 | HORÁRIO: Disponibilidade de 4 horas semanais, em um período por semana (segunda feira, pela manhã). |
| **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 INTERESSADODATA: 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.