|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: |  | RAMAL: |
| DISCIPLINA: | DOCENTE RESPONSÁVEL:Prof. Paulo Dalgalarrondo |
| NOME PROGRAMA DE TREINAMENTO EM SERVIÇO: **TREINAMENTO EM SERVIÇO SOCIAL NO AMBULATÓRIOS DE PSIQUIATRIA INFANTIL, ADOLESCENTE E CRIANÇA PEQUENA** |
| MODALIDADE DO TREINAMENTO EM SERVIÇO  | MÉDICO/OU RECICLAGEM [ ]  | MÉDICO DE APERFEIÇOAMENTO [ ]  |
| TREIN.P/ PROF. DE SAÚDE [ ]  | PESQUISA EM ÁREA BÁSICA [ ] OUTRAS MODALIDADES [ ]  |
| INÍCIO: 08/05/2019 | FINAL: 08/04/2020 |
| CARGA HORÁRIA TOTAL: 352 | HORÁRIO: Disponibilidade de 8 hrs semanais. Opções de horários: Ambulatório de Psiquiatria de Adolescentes, quartas feiras das 13:00 às 17:00 horas. Ambulatório de Psiquiatria Infantil, quintas feiras das 08:00 às 12:00 horas. Ambulatório de Psiquiatria para Criança Pequena, sextas feiras das 08:00 às 12:00 horas |
| **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 | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: |
| DATA: DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2019. | DE ACORDO |
| **COMISSÃO DE EXTENSÃO E ASSUNTOS COMUNITÁRIOS** |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2019. |
|  |
| PROF. DR. RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLA |
| ***COORDENADOR 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 (QUANDO A FORMAÇÃO FOR EM MEDICINA).**
* **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)**

Observação: **A matrícula do aluno de Treinamento em Serviço deverá ser efetivada antes do inicio 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.**