|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.**