

SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA

SOLICITANTE

Em caso de profissional, sem vínculo com Instituição de Ensino:

Nome: _____

Profissão: _____

Nº Conselho Profissional ou Declaração/Diploma/Certificado de Conclusão de Curso*:

Escolaridade: _____

Em caso de Visita Técnica vinculada à Instituição de Ensino**:

Instituição de Ensino: _____

Curso: _____ Período/Semestre: _____

Professor responsável: _____

LOCAL DE INTERESSE

Unidade/Setor: _____

Data: ___/___/___ Horário: _____

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DA VISITA TÉCNICA

MANIFESTAÇÃO DA UNIDADE/SETOR

Parecer: Aprovada ()

Não aprovada ()

Justificativa, em caso de não aprovação: _____.

Responsável pela Unidade/Setor:

Dirigente Máximo da Unidade de Saúde e/ou Administrativa da SES/DF e/ou Entidade Vinculada a SES/DF:

*Anexar cópia do registro de Conselho Profissional ou Declaração/Diploma/Certificado de Conclusão de Curso.

** Anexar Ofício da Instituição de Ensino solicitando a realização da Visita Técnica, acompanhado de lista nominal de todos os estudantes e nome do professor que acompanhará a Visita.