



FICHA DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE ATIVIDADE PRÁTICA - MEDICINA

Número:

CCG-FOR-19

Aprovação:

Diretoria
Acadêmica

REVISÃO:01

| | | | |
|-----------------------|--------------|------------|----------|
| Nome do Aluno: | | Matrícula: | |
| Disciplina: | DERMATOLOGIA | Curso: | MEDICINA |
| Período: | | Turma: | |
| Preceptor em Serviço: | | | |
| Unidade Concedente: | | Setor: | |

| Data | Hora de Entrada | Hora de Saída | Assinatura do (a) Aluno (a) | Assinatura do (a) Preceptor (a) | Assinatura do (a) Supervisor (a) |
|------|-----------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| / | : | : | | | |
| / | : | : | | | |
| / | : | : | | | |
| / | : | : | | | |

Assinatura do Preceptor(a)

Assinatura do Orientador(a) da IES

Assinatura do Aluno(a)

Assinatura do(a) Responsável da
Unidade Concedente

OBSERVAÇÕES:

1. Esta avaliação será válida apenas com assinatura e carimbo do (a) preceptor (a), não sendo permitido rasuras ou uso de corretivo.

2. Obrigatória a assinatura ou rubrica do (a) aluno (a) nesta ficha de avaliação.