UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

CONTROLE DE PRESENÇA

ESTUDANTE:_____

ÁREA/SETOR DO ESTÁGIO ELETIVO: _____

SUPERVISOR(A) DO ESTÁGIO ELETIVO:_____

INSTITUIÇÃO: _____

CARGA HORÁRIA MÍNIMA: _____horas PERÍODO: _____/_____/_____ a _____/_____/_____

Data	Horário (início/término)	CH	Atividade	Assinatura do estudante	Identificação e/ou carimbo e assinatura do responsável pela atividade

Identificação e/ou carimbo e assinatura do profissional supervisor/responsável pelo estágio:

_____