

VISITA TÉCNICA
TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ALUNO

Uberlândia, de de 20

O(s) aluno(s) da turma **XXXX** do Curso de **XXXX** da **XXXX** (nome da Instituição) irão realizar Visita Técnica **XXXX** (local), no(s) dia(s) **XXXX** às **XXXX** (horário) sob a responsabilidade da Profª(a) **XXXX** e comprometem-se a respeitar as normas de rotina dessa Unidade de Saúde da SMS, como também respeitar os profissionais, os servidores e os usuários da Rede SUS municipal, obedecendo aos princípios morais e éticos.

Estamos cientes e concordamos com os termos acima.

Alunos	Assinatura
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	

15.	
Nome do Professor Responsável pela Visita	Assinatura
Profissional Responsável pela Unidade a ser visitada	Assinatura
Núcleo de Estágios e Pesquisas	Assinatura