
DECLARAÇÃO DE ASSIDUIDADE

Declaro que o Médico Residente Dr(a). _____, CRM nº _____,
CPF nº _____, que realiza o Programa de Residência em _____,
na(o) _____, cumpriu a carga horária total de _____ horas, no
Serviço de _____ do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de
_____ a _____, conforme previsto por seu Programa.

Supervisor do Estágio