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