MINISTÉRIO DA SAÚDE

CIMGF

ALENTEJO COORDENAÇÃO DO INTERNATO MÉDICO DE MEDICINA GERAL E F AMILIAR

REGISTO DE ASSIDUIDADE ______ **ANO -** ______

A preencher pelo INTERNO

NOME: ______ CURSO ______

(completo)

Local de trabalho ______

(Indicar a Unidade Funcional)

ESTÁGIO CURTO

Duração: / / a / / **Nº de Horas:** ______

HOSPITAL ______ **SERVIÇO** ______

Mês	Dia	Hentrada	assinatura	Hsaída	assinatura	Hentrada	assinatura	Hsaída	assinatura