**ANEXO 1**

**Formulário de Requisição de Certificado**

Ao Setor de Gestão do Ensino,

Gerência de Ensino e Pesquisa do Hucam

Solicito emissão de certificado para comprovação de realização de atividades acadêmicas no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – Hucam.

*Nome para certificado:*

*Tipo de atividade: ( ) Visita técnica ( ) Capacitação Científica*

*Carga horária total:*

*Período de execução das atividades:*

*Setor(es) do Hucam:*

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura do requisitante |  | Assinatura e carimbo do profissional do Hucam Supervisor da atividade |