



**PROTOCOLO PARA TROCA DE ATIVIDADES DE:
Preceptores Internos, Externos, Coordenadores de Fase e Professores**

Nome do solicitante:

Fase:

Período de afastamento:

Motivo:

Pessoa(s) que ficará(ão) responsável(is)/data

Nome	Data	Atividade	Assinatura

	Data	Assinatura
Solicitante:		
Coordenador da fase:		
Visto da secretaria:		

() Deferido () Indeferido

Coordenação do Curso de Medicina