**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**DIRETORIA DE ENSINO**

**PÓS-GRADUAÇÃO**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA**

**REGISTRO DE PRESENÇA**

| **FOLHA DE REGISTRO** | **Competência:** |
| --- | --- |
| **Nome do Estagiário:** |
| **Instituição do estágio:** |
| **Setor do Estágio:** |
| **Nome do(a) supervisor(a) do estágio:** |
| **Data** | **Hora****Entrada** | **Hora****Intervalo** | **Volta****Intervalo** | **Hora****Saída** | **Assinatura****Estagiário** | **Assinatura****Supervisor** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |