|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Título:** Solicitação de agendamento para treinamento de habilidades - estudantes | Folha: 1 / 1 |

LABORATÓRIO DE HABILIDADES PROFISSIONAIS E SIMULAÇÃO REALÍSTICA

1. Estudantes:

1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Periodo:\_\_\_Curso:☐Enf☐Far☐Fis☐Odon☐Med 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Periodo:\_\_\_Curso:☐Enf☐Far☐Fis☐Odon☐Med 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Periodo:\_\_\_Curso:☐Enf☐Far☐Fis☐Odon☐Med 4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Periodo:\_\_\_Curso:☐Enf☐Far☐Fis☐Odon☐Med

1. Habilidade a ser treinada: ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Material e manequins solicitados para a atividade:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Especificação do Material e Manequim | Quant / Inicio | Quant / Fim | Consumo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Infraestrutura: ( ) Sala de Aula ( ) Consultório ( ) Sala de Habilidades
2. Sala: \_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: Horário \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. **Os estudantes declaram que já passaram por oficina ou disciplina da habilidade que será treinada. Cientes que os manequins devem ser manuseados com luvas e que não devem ser utilizadas canetas durante as atividades ou aulas.**

Assinatura do estudante responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ass. do funcionário. do LHPSR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Deferido Indeferido

1. Check list de termino da atividade: Confere Não confere

Assinatura do estudante responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do funcionário do LHPSR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gestor do Laboratório LHPSR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciente