



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA



SOLICITAÇÃO DE TROCA DE ESCALA

ALUNO SOLICITANTE		
Internato em		
Local/Especialidade		
Nome aluno		
Matrícula		
Semana de troca		
Número na escala		

ALUNO SOLICITADO		
Internato em		
Local/Especialidade		
Nome aluno		
Matrícula		
Semana de troca		
Número na escala		

Assinatura do aluno solicitante

___/___/___

Assinatura do aluno solicitado

___/___/___

Assinatura e carimbo do regente

___/___/___