## Anexo 1

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO**

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Rua das Olhalvas – Pousos

2410-197 Leiria

**(Os pedidos de estágios curriculares e a formação em contexto de trabalho têm obrigatoriamente que ser formalizados através das Entidades de Ensino / Formação)**

A / O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Designação da Entidade de Ensino / Formação), vem por este meio solicitar a realização de estágio (curricular / extra curricular / formação em contexto de trabalho / outro – **riscar o que não interessa**) do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (identificar o curso, **não utilizando siglas, nem abreviaturas**), para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicar n.º de alunos e nome dos alunos a realizar estágio).

O estágio terá uma duração de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar n.º de horas e o correspondente em semanas ou meses), com o n.º de horas / dia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e no seguinte horário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com início previsto em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar data de início) e fim previsto em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicar data de fim), estando o estagiário, durante o período de estágio, abrangido por um seguro de acidentes pessoais. A responsabilidade pelo Equipamento de Proteção Individual (EPI), por exemplo: fardamento, luvas, mascaras, óculos, etc., quando aplicável, é da responsabilidade da Entidade de Ensino / Formação;

Os objetivos do estágio e o modelo de avaliação são os seguintes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar ou remeter para anexos).

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Entidade de Ensino / Formação, **caso se aplique**) pretende dar continuidade ao protocolo de colaboração existente com o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. que prevê a realização de estágios, ou, celebrar protocolo de colaboração com o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (**riscar o que não interessa**).

Para efeitos de contacto, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar serviço e/ou colaborador).

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

(assinatura)

O presente formulário deverá ser remetido para: [sec.geral@chleiria.min-saude.pt](mailto:sec.geral@chleiria.min-saude.pt) ou enviado por fax 244 817 083 ou por correio.