RESIDÊNCIA MÉDICA – EPM-UNIFESP

**CERTIFICADO de ATIVIDADE de ENSINO**

Certificamos que o (a) Prof (a). Dr (a) ......................................................................... participou do **Treinamento Teórico-Prático da Residência Médica da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo –** **UNIFESP**, cumprindo com atividades referidas no Programa de Residência Médica em ........., da Disciplina de ..................................., do Departamento de ........................................, da EPM-UNIFESP, no período de ................................., na qualidade de **Preceptor**, cumprindo carga horária de ....................... horas/ano.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prof (a). Dr (a). ...........................................  Supervisor do Programa | Prof (a). Dr (a). .......................................  Chefe do Departamento | Prof. Dr. Fábio Veiga de Castro Sparapani  Coordenador da COREME-UNIFESP |

São Paulo, ..... de ........... de 20....