

Solicitação para Reposição de Estágio Enfermagem

Nome: _____

Professora de Estágio: _____

Dia(s) da(s) falta(s): _____

Tem atestado Médico?

☐

Não

☐

Sim

ANEXAR ATESTADO

Justificativa da Falta:

_____, Itapetininga, ____ de _____ de ____

Assinatura do Aluno

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSELHO DE PROFESSORES ENFERMAGEM:

Deferido () Data, horário e local da reposição _____

Indeferido () Justificativa: _____

Assinatura professores:

www.cps.sp.gov.br

Avenida Moisés Nalesso, 2.888 • Bairro - Chapadinha • CEP 18206-650 • Itapetininga • SP •

Tel.: (15) 3271-7548/ 3271-1216/ 3271-7453 – e-mail: e261dir@cps.sp.gov.br