

**TERMO DE CIÊNCIA DA CARTILHA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO
OBRIGATÓRIO DO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Pelo presente, eu, _____,
portador (a) da cédula de identidade nº _____ e inscrito (a) no CPF sob
o nº _____, residente e domiciliado (a) na -
_____, nº _____,
compl. _____, bairro _____ na cidade de
_____, estado de _____, declaro ter ciência da
**Cartilha DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO DO CURSO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM**, da escola ETTAL e, na qualidade de estagiário (a),
comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas no referido documento. Nestes
termos, firmo este termo para que produza seus efeitos.

_____, _____ de _____ de 20____.

assinatura do estudante