

**DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA E ATIVIDADES NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO
DO CURSO DE ENFERMAGEM DA FNG**

GRUPO:	ESTAGIÁRIO (A):	
CONCEDENTE DO ESTÁGIO:		
SUPERVISOR DA CONCEDENTE:		
PROFESSOR ORIENTADOR CAMPO:		
PERÍODO:		

Como supervisor(a) do Concedente do Campo de Estágio, acima identificado, declarado, para os devidos fins, que (o)(s) estagiário(s) relacionado(s) no Grupo _____, de 20___/___, estiveram em atividades de estágio supervisionado e cumpriram as horas relacionadas no controle de frequência e atividade, conforme proposta didático-pedagógica, tendo realizado atuação de procedimentos de enfermagem em situações reais dessa profissão.

Porangatu - GO, _____ de _____ de 20___.

Supervisor da Concedente do Estágio Supervisionado