

**DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA E ATIVIDADES NA PRÁTICA CLÍNICA  
SUPERVISIONADA DO CURSO DE ENFERMAGEM DA FNG**

<b>GRUPO:</b>	<b>ACADÊMICO (A):</b>	
<b>CONCEDENTE DO CAMPO:</b>		
<b>SUPERVISOR DA CONCEDENTE:</b>		
<b>PROFESSOR ORIENTADOR CAMPO:</b>		
<b>PERÍODO:</b>		

Como supervisor(a) do Concedente do Campo de Prática Clínica Supervisionada, acima identificado, declarado, para os devidos fins, que (o)(s) acadêmicos(s) relacionado(s) no Grupo \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_/\_\_\_\_, estiveram em atividades de Prática Clínica Supervisionada 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 da Prática Clínica Supervisionada