



ORDEM DOS
MÉDICOS

COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA

INQUÉRITO DE CARACTERIZAÇÃO PARA ESTÁGIOS OPCIONAIS NO ÂMBITO DO INTERNATO DE PEDIATRIA

(Este inquérito destina-se a Serviços não Pediátricos. Os Serviços de Pediatria e respectivas Unidades devem preencher o inquérito de caracterização global)

HOSPITAL:

Serviço:

Estágio proposto:

Duração prevista do estágio: MESES

Médico responsável pelo Estágio:

Credenciação específica em prática da Especialidade na população pediátrica:

Actividade prevista:

Dia	Horário	Actividade
2ª feira		
3ª feira		
4ª feira		
5ª feira		
6ª feira		

Confirmo que o Serviço tem reconhecimento de capacidade formativa atribuída pelo Colégio de _____

Confirmo que tomei conhecimento dos objectivos formativos do estágio agora proposto no Programa Formativo de Pediatria, Portaria 52/2023, disponível em [Programa de formação em Pediatria – Ordem dos Médicos \(ordemdosmedicos.pt\)](https://ordemdosmedicos.pt)

Data:

O responsável pelo Estágio

Por favor anexar documentos que entenda relevantes para apreciação desta proposta