REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PARA ORIENTAÇÃO DE TCC

|  |  |
| --- | --- |
|  | CÓDIGO USP |
|  |  |

DADOS DO SOLICITANTE:

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO (SEM ABREVIAÇÕES): |
|  |

|  |
| --- |
| INSTITUIÇÃO DE ORIGEM/VÍNCULO: |
|  |

|  |
| --- |
| UNIDADE/DEPARTAMENTO: |
|  |

|  |
| --- |
| E-MAIL: |
|  |

**MODALIDADE DA REQUISIÇÃO:**

|  |  |
| --- | --- |
| CREDENCIAMENTO | RECREDENCIAMENTO |
| ( ) | ( ) |

**ÁREA DA FARMÁCIA PARA O CREDENCIAMENTO/RECREDENCIAMENTO** (VIDE LISTA ABAIXO):

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Assessoria técnico-científica | ( ) Assistência e atenção farmacêutica |
| ( ) Assuntos regulatórios | ( ) Farmácia clínica |
| ( ) Garantia e/ou Controle de qualidade | ( ) Farmacovigilância |
| ( ) Pesquisa clínica | ( ) Manipulação farmacêutica |
| ( ) Pesquisa e desenvolvimento | ( ) Serviço de atendimento ao cliente (SAC) |
| ( ) Produção | ( ) Serviço de laboratório (Clínico, toxicológico, outros) |

|  |
| --- |
| **NOME DO ALUNO A SER ORIENTADO** (PARA CREDENCIAMENTO INICIAL): |
|  |

|  |
| --- |
| NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO |
| LOCALIDADE: |  | DATA: |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA

**Para uso da Comissão de TCC**

|  |  |
| --- | --- |
| APROVADO | REPROVADO |
| ( ) | ( ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA: |  |  |
|  |  |

 Assinatura Presidente da Comissão de TCC