Vitória/ES, 09 de novembro de 2022

**DECLARAÇÃO DE ACEITE**

Considerando a necessidade de regularização do estágio optativo do(s) residente(s) do Programa de Residência Médica ou Multiprofissional em Especialidade do Instituição Proponente no Cenário de Prática,

Eu, NOME COMPLETO, NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, portador da Carteira de Identidade Nº XXXXXX, inscrito no CPF sob o nº XXXXXXXX, residente à ENDEREÇO COMPLETO declaro que serei SUPERVISOR(a) do(s) mesmo(s) no período de estágio estabelecido.

O estágio será desenvolvido no período de (Data de Início) a (Data de Fim) às (Dia da Semana/Horário).

Declaro ainda que por essa atividade não receberei nenhum tipo de repasse financeiro por parte das Instituições, isentando a Instituição Proponente, o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi e o Cenário de Prática, de qualquer pagamento

**(NOME DO SUPERVISOR)**

Categoria Profissional

Supervisor

Cenário de Prática

Serviço