**REQUERIMENTO E TERMO DE COMPROMISSO para visita TÉCNICA**

**DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

À

Escola Municipal de Saúde Pública de Goiânia

Solicito autorização para realização de visita técnica conforme descrição abaixo. Assino termo de compromisso e declaro ciência de que esta autorização NÃO PERMITE coleta de dados\*, acesso a usuários ou a prontuários, acesso a outros servidores não designados para a atividade.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição | |  | | | | | | | | | | | | |
| Área |  | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável | | | | | | | | | Telefone | | |  | | |
| **DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE PARA REALIZAR A VISITA TÉCNICA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidade(s) de saúde a ser(em) visitada(s) | | |  | | | | | | | | | | | |
| Data |  | | | | Hora início | |  | | | Hora término | | | |  |
| Responsável(is) na(s) unidade(s) de saúde | | | |  | | Função | |  | | | Matrícula | |  | |

**TERMO DE COMPROMISSO DO(A) RESPONSÁVEL**

Como responsável pela atividade acima descrita, comprometo-me a seguir todas as normas estabelecidas e adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS, bem como os preceitos éticos, sob pena de responder legalmente em caso de infração. Declaro ainda estar ciente que em nenhum momento o(a)(s) profissionais abaixo identificados(a) ou eu mesmo(a) poderemos utilizar dados desta atividade para fins de publicação de qualquer natureza.

|  |
| --- |
| **NOME DO(S) PROFISSINAL(IS)** |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
| 8. |

Goiânia, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Carimbo e assinatura do(a) professor(a) responsável