


ANEXO V

LISTA DE FREQUÊNCIA

 <p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (Inserir o nome da Superintendência / Diretoria solicitante)</p> <p>LISTA DE FREQUÊNCIA (Sugestão)</p>		
NOME DO PROCESSO EDUCACIONAL: _____		
PERÍODO: ____ / ____ a ____ / ____ / 20____		
LOCAL: _____		DATA: __/__/__
NOME COMPLETO	MANHÃ	TARDE

OBS.: Observar o disposto no §3º do art. 4º desta Portaria.

Obs.: Nos Processos Educacionais na modalidade de EaD, com uso de ambiente virtual de aprendizagem, deve constar a assinatura e carimbo do Coordenador/Responsável local.