**ANEXO C – FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE PROJETO**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COMITÊ DE REGULAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número do Projeto** | **Data de**  | **DD/MM/AAAA** |
|  | APROVAÇÃO NO CREPES | / /  |
| TÉRMINO DA VIGÊNCIA | / / |
| **Nome para Certificação do Projeto** |
|  |
|  |
| **RESPONSÁVEL PELO PROJETO** |
| **Nome:** |  |
| **Área Técnica:** |  |
| **Fone:** |  | **E-mail:** |  |
| **ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO** | **ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PROPOSTA DE ALTERAÇÃO** |
| **Na(s) página(s)** | **Onde se lê:** | **Leia-se:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **OBSERVAÇÕES:** |
| **PARECER CREPES** |
| DATA DE ENTRADA: | / / | DATA DA REUNIÃO: | / / |
| DELIBERAÇÃO SOBRE A PROPOSTA DE ALTERAÇÃO: ( ) APROVADO ( ) NÃO APROVADO |

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

**COORDENADOR(A) DO CREPES**