**ANEXO V**

**LISTA DE FREQUÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | TO**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  **(Inserir o nome da Superintendência / Diretoria solicitante)**  **LISTA DE FREQUÊNCIA (Sugestão)** | | |
|  | **NOME DO PROCESSO EDUCACIONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **PERÍODO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_** | | |
|  | **LOCAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_** | | |
| **NOME COMPLETO** | | **MANHÃ** | **TARDE** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

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