

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO EM MEDICINA NA ÁREA DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM.

Nome Completo: _____

Filiação:

Pai: _____

Mãe: _____

CPF: _____ RG: _____ OE: _____ Data Emissão: _____

Endereço:

Complemento: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

Formação:

Nº CRM (Se Houver): _____ Estado: _____ Ano Formatura: _____

Instituição de Origem: _____

Assinatura: _____

Documentos Necessários:

No ato da inscrição:

- a) Pagamento da taxa de inscrição no valor de R\$ 250,00;
- b) Ficha de inscrição preenchida.

No dia da prova, durante a entrevista:

- a) Ficha de inscrição preenchida;
- b) Fotocópia legível da cédula de identidade e CPF;
- c) Fotocópia autenticada e legível da cédula de identidade médica expedida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM). Os candidatos que não possuem a cédula de identidade médica ou o comprovante de inscrição no CRM, deverão apresentar declaração que o curso de medicina é reconhecido pelo órgão competente;
- d) Fotocópia autenticada e legível do diploma ou fotocópia simples do certificado ou atestado de conclusão do curso de medicina ou declaração da faculdade que comprove ser aluno regularmente matriculado no último ano do curso, constando obrigatoriamente, a data prevista para a conclusão do curso de graduação em medicina. O candidato deverá comprovar a conclusão do curso de graduação e que o mesmo está reconhecido pelo órgão competente;
- e) Cópia do certificado de residência médica ou estágio na área;
- f) Comprovante de endereço atualizado;
- g) Cópia do curriculum vitae (Será devolvido caso não seja aprovado);
- h) 01 (Uma) foto 3x4 recente.