Hospital Alvorada

ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA DE OMBRO/COTOVELO
ALVORADA MOEMA/SP

FICHA DE INSCRIÇÃO

CATEGORIA: ☐ **ESPECIALIZAÇÃO OMBRO E COTOVELO**

Nome do completo: _____

Documento de Identidade: _____

CPF.: | | | | | | | | | | | | |

Conselho Regional de Classe/UF: _____

Escola de Origem/Graduação: _____

Residência Médica/área de concentração: _____

Reconhecida pela CNRM: ☐ Sim ☐ Não

Período: _____ Instituição: _____

Local de Nascimento: Cidade _____ Estado _____ País _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____

Sexo**:** ☐ **M** ☐ **F** ☐ outros Estado Civil: ☐ sol. ☐ cas. ☐ div. ☐ outros

Endereço completo: _____

_____ Bairro: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Telefones: Residencial: _____ Celular: _____

Comercial: _____

E-mail: _____

☐ Estou ciente que o estágio de especialização em cirurgia do ombro e cotovelo é: não-remunerado, voluntário, sem vínculo empregatício e que configura R4 / especialização, dessa forma, compreendo que ao término serei elegível para prova de título da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo (SBCOC) se cumpridos todos os critérios pré-estabelecidos no edital.

São Paulo, ___/_____/_____ _____

Assinatura do candidato