**ANEXO 3. FICHA DE INSCRIÇÃO**

**(Obs.: a ficha de identificação deverá ser preenchida separadamente do corpo do projeto que não deverá conter nenhuma identificação da instituição e nem dos proponentes)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES** | | | | | | | | |
| Instituição: | | | | | | | | |
| Data: | | | | | | | | |
| **Médico Preceptor** | |  | | | | | | |
| **Telefone** | |  | | | **E-mail** |  | | |
| CPF |  | | | CRM |  | | RG |  |
|  | | | | | | | | |
| **Médico Residente** | |  | | | | | | |
| **Telefone** | |  | | | **E-mail** |  | | |
| CPF |  | | | CRM |  | | RG |  |
|  | | | | | | | | |
| **Título do Projeto:** | | |  | | | | | |
| **Área temática de acordo com Anexo 1:** | | |  | | | | | |
| **Programa de residência médica do médico residente:** | | |  | | | | | |

**Assinaturas:**

Médico Preceptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico Residente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identificação e Assinatura do Coordenador da Coreme**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identificação e Assinatura do Responsável Técnico da Instituição**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_