**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_