**ANEXO 3. FICHA DE INSCRIÇÃO INSTITUIÇÃO / MÉDICO RESIDENTE**

O médico residente fará inscrição após aprovação do estágio no período de 11/06 a 25/06/19

|  |
| --- |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE** |
| Instituição de origem do médico residente: |  |
| Data: |
| **Médico Residente**  |  |
| **Telefone** |  |
| **E-mail** |  |
| **CPF** |  | **CRM** |  | **RG** |  |
| **Dados Bancários** |
| Banco |  | Agência |  | Conta Corrente |  |
|  |
| Programa de residência médica: |  |
| Nome do estágio: | *(A AREMG divulgará as instituições aprovadas e o nome dos estágios no dia 04/06/19)* |
| Instituição ofertante: | *(A AREMG divulgará as instituições aprovadas e o nome dos estágios no dia 04/06/19)* |
| Justificativa de Realização do estágio: |
|  |
| Á área oferecida do estágio em relação a sua instituição de origem:( ) Não é oferecido ( ) É oferecido, mas é insuficiente para formação de qualidade ( ) É oferecido, é de qualidade, mas é relevante para minha formação a experiência de outro serviço (justifique):  |
|  |
| Período de duração do estágio ao qual de inscreve:( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses |

Assinaturas e Carimbo CRM:

Médico Supervisor do Programa de Origem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico coordenador da Coreme da instituição de origem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_

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