

(Timbre do Hospital)

Declaração

Declaramos que _____,
(nome do aluno)
CPF _____ nº de telefone () _____ é
_____ efetivo do Hospital _____
(residente ou preceptor)

_____, associado da AREMG, autorizado a
fazer inscrição no Curso de ATLS a ser realizado nos dias _____
_____ de 2016, promovido pela ATLS-MG em
parceria com a AREMG.

Ao assinar esta declaração estamos cientes e concordamos que no caso de desistência 15 dias antes da data do curso ou caso o médico (residente ou preceptor) falte ao curso, o hospital será responsável por ressarcir a AREMG o custo daquele médico (residente ou preceptor). O ressarcimento será feito através de desconto no repasse dos recursos financeiros do próximo PSU ou mediante cobrança caso o não participe do PSU.

Ainda, na situação de desistência 15 dias antes da data do curso ou em caso de falta ao curso, em hipótese nenhuma será devolvido o valor pago pelo médico (residente ou preceptor).

_____, ____ de _____ de 2016.
(cidade)

Assinatura e carimbo do Coordenador da COREME

Assinatura e carimbo do Médico Residente ou Preceptor

“A inscrição somente será concluída após a validação da AREMG”

Validação da AREMG

_____/_____/_____
