

(Timbre do Hospital)

Declaração

Declaramos que _____,

(nome do aluno)

CPF _____ nº de telefone () _____

é _____, _____ efetivo do Hospital/Instituição
(R1,R2,R3,R4 ou R5 se residente) (residente ou preceptor)

_____, associado a AREMG, autorizado a fazer inscrição no Curso de ATLS a ser realizado nos dias _____ de 2017, 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 Hospital/Instituição 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 2017.
(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

_____/_____/_____
