

(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 _____
(ACLS, VIAMURGEM, VMURGEM, NEUROURGEMAVANÇADO, SECLIN, PALS, CRITIC, IMAGE, CONDUCT, SARAR)
a ser realizado nos dias _____ de
2018, promovido pela CUREM em parceria com a AREMG.

Para os cursos realizados em Belo Horizonte o residente pagará 30% do valor do curso e o preceptor pagará 20% do valor do curso.

Para os cursos realizados fora do Município de Belo Horizonte, além das porcentagens descritas acima será repassado ao aluno os custos de logística do curso realizado fora do Município sede da CUREM, ou seja, arcará com todo o custo que exceder o valor contratual com a AREMG daquele curso.

_____, _____ de _____ de 2018.
(cidade)

Assinatura e carimbo do Coordenador da COREME

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

Validação da AREMG _____/_____/_____ _____
--