**(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 Prática em Saúde Baseada em Evidências** a ser realizado entre 16/04 a 20/08/2016, promovido pelo Hospital das Clínicas da UFMG e o Grupo Mais Evidências em parceria com a AREMG.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2016.

(cidade)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Coordenador da COREME

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

Validação da AREMG

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_