

(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 TECA-A a ser
realizado nos dias 18/06 e 19/06 de 2016, promovido pela
Sociedade Brasileira de Cardiologia 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 _____/_____/_____ _____
--