

(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 _____

(ACLS,VIAMURGEM,VMURGEM,NEUOURGEMAVANÇADO,SECLIN)

a ser realizado nos dias _____

de 2016, promovido pela CUREM 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

_____/_____/_____
