

(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, CITIN, FCCS, PVMA, TINP)
a ser realizado nos dias _____
_____ de 2016, promovido pela SOMITI 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 _____/_____/_____ _____
--