©

****

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Concurso 2023 – Aperfeiçoamento Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem**

Preencha corretamente e por completo a ficha de inscrição, imprima e assine para enviá-la juntamente com as documentações necessárias descritas no Edital.

**1. Dados Pessoais:**

Parte superior do formulário

Nome do Candidato: 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Estado Civil |  | Data de Nascimento |  |
| RG: |  | CPF: |  |
| Endereço: |  | CEP: |  |
| Bairro: |  | Cidade/Estado: |  |
| E-mail: |  | Telefone Fixo |  |
| Celular:  |  | Telefone para contato:  |  |
| CRM (Definitivo): |  | Licença (CRM Temporário): |  |
| FiliaçãoPai : |  | Mãe : |  |

**2. Formação Acadêmica:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instituição: |  | Ano Conclusão |  |
| Cidade: |  | Estado: |  |

**3. Credenciamento da Instituição junto ao MEC:**

|  |
| --- |
| Registro Nº : Nº do INSS, NIT ou PIS do Candidato:  |

Declaro estar ciente das normas estabelecidas no Edital de Concurso da Clínica Imagem Center Diagnóstico por Imagem de São José do Rio Preto SP.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

 Local Data

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

Assinatura do Candidato

Parte inferior do formulário

Instruções de inscrição:

-Preencher a ficha de inscrição com todos os dados solicitados.

-Enviar ficha de inscrição preenchida para silvia@imagemcenter.med.br

- Enviar a documentação e comprovante de depósito via sedex para o endereço: Rua Redentora, 3130- Redentora , São Jose do Rio Preto- SP.CEP 15015-780

Dúvidas: (17) 3211-8333 Silvia.