|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | LOCAL DE NASCIMENTO | | |
| ENDEREÇO | | | |
| CIDADE | | | ESTADO |
| CEP | E-MAIL | | |
| TELEFONE  ( ) | | CELULAR  ( ) | |
| PRECISA DE CARTEIRA PARA CANHOTO?  ( ) Sim ( ) Não | | | |
| RG | | CPF | |
| CRM | | | |

**CURSO SUPERIOR**

|  |
| --- |
| FACULDADE / UNIVERSIDADE |
| ANO DO TÉRMINO DO CURSO MÉDICO |

**DECLARO estar de acordo** com as Normas estabelecidas do Concurso ao 1º ano de **Curso de Capacitação Plena em Endoscopia para o ano de** 2022 junto o Hospital Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto/SP, cujo inteiro teor conheço. Tenho ciência de que o Concurso é especifico para preencher vagas de Primeiro Ano do Curso de Capacitação Plena em Endoscopia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | / / |
| **CIDADE** |  | **DATA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ASSINATURA** | | |