|  |
| --- |
| 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 Treinamento em Coloproctologia para o ano de** 2024 da Kaiser Hospital 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 Estágio em Coloproctologia.

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

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