



**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO EM APERFEIÇOAMENTO DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – 2020**

1. DADOS PESSOAIS

Nome do Candidato: _____

Data de Nasc: ____/____/____ Local Nascimento: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Tel.: (0xx____) _____ Celular: (0xx____) _____

E-mail: _____

CRM (Provisório ou Definitivo): _____

Filiação:

Pai - _____

Mãe - _____

2. FORMAÇÃO MÉDICA

Faculdade/Instituição: _____

Ano de Conclusão: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Este campo não deve ser rasurado

DECLARO estar de acordo com as Normas estabelecidas no presente Edital do Processo Seletivo de Aperfeiçoamento Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, junto ao Centro de Diagnóstico por Imagem de Fernandópolis Ltda. EPP, cujo inteiro teor conheço.

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura