



**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO EM APERFEIÇOAMENTO DE RADIOLOGIA E  
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – 2021**

---

**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