

**CONCURSO PARA R-4 EM TRANSPLANTE DE CÓRNEA - 2019**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

1. NOME DO (A) MÉDICO (A): \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data do Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

2. FORMAÇÃO ESCOLAR

Curso de Especialização: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Data da Conclusão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INSCRITO (A) NO CRM DO ESTADO DE: \_\_\_\_\_

Número da Inscrição \_\_\_\_\_ Data do Registro: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. DECLARAÇÃO

Declaro que recebi neste ato todas as informações sobre o exame de seleção que será realizados no dia 18 de Janeiro de 2019, às 9:00 horas, no Anfiteatro da Fundação Banco de Olhos de Goiás.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_  
Assinatura