

CONCURSO PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA / ADULTO - 2020

Anexo III

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DA DOCUMENTAÇÃO E DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, _____, portador(a) do RG _____._____._____ - ____ e CPF _____._____._____ - _____, me responsabilizo sob as penas do Art. 299 e do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação e das informações apresentadas para Inscrição no Concurso de Título de Especialista em Medicina Intensiva (TEMI) / Área Adulto, da AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira, em convênio com a Associação Médica Brasileira (AMB), conforme o Edital.

Declaro estar de acordo com as condições estabelecidas no Edital e assumo responsabilidade, podendo vir a responder civil e criminalmente em caso de não veracidade.

Estou ciente ainda de que a não veracidade de informações por mim prestadas, poderá acarretar no cancelamento da inscrição no Concurso, ou na anulação do TEMI, se for o caso, independente da época em que for constatada, e que o deferimento da Inscrição para o Concurso não significa garantia de direito à participação no Concurso ou ao recebimento do TEMI.

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Assinale, na relação abaixo, os documentos enviados à AMIB para o Concurso de Especialista em Medicina Intensiva/Área – Adulto.

REQUISITOS

- Certificado de conclusão do Curso de Medicina – **AUTENTICADO EM CARTÓRIO**;
- Comprovante de Pagamento da Taxa anual (2020) do CRM ou declaração de quitação emitida pelo CRM;
- Certificado de Conclusão do Programa Especialização em Medicina Intensiva (PEMI) credenciado pela AMIB;
- Certificado de Conclusão da Residência Médica em Medicina Intensiva
- Declaração de Experiência Profissional em Medicina Intensiva (experiência profissional caracterizada pela jornada de trabalho de, no mínimo, 20 (vinte) horas semanais como plantonista em UTI, por período de pelo menos 4(anos) anos, sendo que essa atividade deve ser ininterrupta nos últimos dois anos.) **FIRMAS RECONHECIDAS EM CARTÓRIO** do Diretor Clínico ou Administrativo do Hospital e do Coordenador da UTI (não podem ser a mesma pessoa);
- Certificado de Conclusão da Residência Médica, Título de Especialista ou Declaração de Experiência Profissional. A Declaração de Experiência Profissional precisa ter **(FIRMAS RECONHECIDAS EM CARTÓRIO)** dos Diretores dos Hospitais (não podem ser a mesma pessoa) em área de pré-requisito em Medicina Intensiva

Data: ____ / ____ / 2020.

Assinatura do Candidato com **FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO**