

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

Anexo V

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM MEDICINA INTENSIVA/ADULTO

NOME DO CANDIDATO AO TÍTULO: _____

CRM _____

INSTITUIÇÃO QUE FORNECE A DECLARAÇÃO: _____

CIDADE _____ ESTADO _____

Telefone de contato do setor de Cadastro Médico da Instituição: (____) _____

Solicitante: AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

Finalidade: Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina Intensiva

A Comissão do Título.

Senhor Presidente,

Declaramos que o médico identificado **exerce atividade profissional nesta instituição**, na qualidade de: Autônomo / PJ Contratado / CLT Servidor Público Outro: _____

Com carga horária semanal de ____ (____) horas, desde ____/____/____ a ____/____/____.

Atualmente continua atuando na UTI da instituição? SIM NÃO

Afirmo estar ciente da responsabilidade da veracidade destas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, o candidato por mim qualificado terá sua inscrição impugnada.

Chefe ou Coordenador da UTI

Nome Legível _____

CRM: _____

(DDD) tel./ramal _____

Diretor Clínico ou Administrativo do Hospital

Nome Legível: _____

Cargo: _____

(DDD) tel./ramal _____

Esta declaração será verificada pela AMIB através da sua Diretoria Regional.

- Para mais de uma Declaração, utilize o número necessário de cópias. Não utilize outro tipo de impresso.
- Utilize o verso para informações suplementares, caso julgue necessário.
- Preencha todos os campos. **Atenção para: horas semanais por extenso e datas com DD/MM/AAAA.** O impresso incompleto não será aceito.

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
Rua. Arminda, 93 – 7º andar – Vila Olímpia – São Paulo – 04545-100
Tel. (11) 5089-2647 – www.amib.org.br – titulos@amib.org.br