

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

INTERESSADO: _____

CRM _____ RG _____

Instituição que fornece a declaração: _____

Cidade _____ Estado _____

Solicitante: AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

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

À

Comissão do Título

Senhor Presidente,

Declaramos que o Médico acima identificado exerce atividade profissional nesta instituição, na qualidade de:

Autônomo Contratado/CLT Servidor Público Outro: _____

Desempenhando sua função junto ao setor de Terapia Intensiva como:

Diarista (rotineiro) Plantonista Chefe

com carga horária semanal de _____ horas, desde ____/____/____ a ____/____/____.

Atualmente continua atuando na UTI da instituição SIM NÃO

LOCAL E DATA

Chefe / Coordenador da UTI

Nome Legível _____

CRM: _____

(DDD) tel./ramal _____

(DDD) Fax _____

Diretor Clínico / ou Administrativo

Nome Legível: _____

Para mais de uma Declaração utilize cópia xerox; não utilize outro tipo de impresso.

Utilize o verso para informações suplementares, caso julgue necessário. Preencha todos os campos; impressos incompletos não serão aceitos.