

**DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

INTERESSADO: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Instituição que fornece a declaração: \_\_\_\_\_

**CIDADE** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_

Solicitante: Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP

Finalidade: Concurso para a obtenção do Certificado de Área de Atuação em Medicina do Adolescente

À  
Comissão Executiva,

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

Autônomo     Contratado / CLT     Servidor Público     outro: \_\_\_\_\_

Desempenha sua função com a **Medicina do Adolescente** como:

Diarista (rotineiro)     Plantonista     Chefe     outro: \_\_\_\_\_

Com carga horária semanal de \_\_\_\_\_ horas, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Atualmente continua atuando na instituição  sim     não

LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
Chefe / Coordenador  
Nome Legível: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretor Clínico / ou Administrativo  
Nome Legível: \_\_\_\_\_

CRM : \_\_\_\_\_

(DDD) tel./ramal \_\_\_\_\_

(DDD) Fax \_\_\_\_\_

CARIMBO DO CNPJ DA INSTITUIÇÃO