

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 Hematologia e Hemoterapia Pediátrica

À
Comissão Executiva,

Declaramos que o Médico acima identificado exerce atividade profissional na área de Hematologia e Hemoterapia Pediátrica nesta instituição, na qualidade de:

☐ Autônomo ☐ Contratado / CLT ☐ Servidor Público ☐ outro: _____

Desempenha sua função na área de Hematologia e Hemoterapia Pediátrica a 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