

PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o Dr (a) _____,

CRM _____, UF _____, está cursando o _____ ano do

Programa de Residência Médica em Pediatria na Área de Atuação

_____, com início em ____/____/____ e término

previsto em ____/____/____ na instituição _____

_____;

credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica sob o parecer _____.

_____, _____ de _____ de _____.
(Cidade)

Assinatura sob carimbo
Supervisor do Programa de Pediatria