

PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o Dr (a) _____,
CRM _____, UF _____, está cursando o _____ ano do
Programa de Residência Médica em Pediatria, 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