

DECLARAÇÃO

Declaro que o Dr (a) _____,

CRM _____, UF _____, está cursando o ano do Programa de Residência

Médica em:

Pediatria

Área de atuação em _____

com início em ____ / ____ / ____ e término previsto em ____ / ____ / ____ na instituição

_____ ,

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

_____, _____ de _____ de _____.

(Cidade)

Assinatura do coordenador(a) da COREME ou
Preceptor ou chefe da residência médica

Carimbo com o cargo do
coordenador(a) da
COREME ou Preceptor ou
chefe da residência
médica