|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome:      | **PROGRAMA:**Residência Médica em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  |
| Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino | CPF:       | Estado Civil:       | D.N.:       |
| Cor/Origem Étnica:       | Grupo Sanguíneo:       |
| Naturalidade:       | Estado:     | Nacionalidade:       |
| Endereço:       | nº       | Compl.       | Bairro:       |
| Cidade:       | Estado:    | CEP.:      | E-mail:       |
| Telefone: (    )      -      | Celular: (    )      -      | Celular: (    )      -      |
| Filiação | Pai:       | Fone de Contato |
| Mãe:       | Fixo:(    )      -      | Cel:(    )      -      |
| Registro Conselho Profissional nº:       | Estado:     |

|  |
| --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** |
| Faculdade:       | Ano de Formação:      |
| Cidade:       | Estado:    |

|  |
| --- |
| **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO** |
| Declaro, para os devidos fins, que realizo minha Inscrição no Programa de Residência Médica supracitado, da Fundação Pio XII de Barretos, nessa data. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Candidato |

Barretos,       de       de