|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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