

FICHA DE INSCRIÇÃO

TESTE SELETIVO PARA PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS / 2015

1.NOME : _____

2.ENDEREÇO: _____

3.DATA DE NASCIMENTO __/__/____ RG: _____ CPF: _____

4.TELEFONE(S): _____

5.PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA A QUE CONCORRE: _____

6.ÁREA DE CONCENTRAÇÃO : _____

7.INSTITUIÇÃO PELA QUAL CONCORRE A VAGA NO TESTE SELETIVO
: _____

8.APRESENTOU COMPROVANTE DE VÍNCULO : () SIM () NÃO

9.ENTREGOU COMPROVANTES DOS TÍTULOS : () SIM () NÃO

10.APRESENTOU DECLARAÇÃO DE PRODUÇÃO CIRÚRGICA NO ANO DE 2014

() SIM () NÃO

11. ESTÁ CIENTE DAS OBRIGAÇÕES E DA CARGA HORÁRIA QUE DEVERÁ SER CUMPRIDA DE ACORDO COM AS DETERMINAÇÕES DESTE EDITAL PARA CADA PRM ESPECÍFICO.

12. ESTÁ CIENTE QUE DIANTE DO NÃO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NESTE EDITAL, QUE ESTÁ DE ACORDO COM O REGIMENTO INTERNO DO HGV E DA COREME/HGV ESTARÁ SUJEITO AO DESLIGAMENTO DO PRM .

Teresina, ____ de Fevereiro de 2015.
