

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| RG: |  | Estado: |  | FOTO |
| CRM: |  | Estado: |  |
| CPF: |  | Sexo: |  FEM.  MASC. |
| DataNascimento: | / / | Estado Civil: |  |
| Certificado de Reservista ou Protocolo: |  |
| Endereço: |  |
|  |
| Bairro: |  | Cidade: |  | Estado: |  |
| CEP: |  | Telefones c/ DDD: | Res: |
| Cel: |
| E-mail: |  |
| Faculdade: |  | Ano de Formatura: |  |
| Cidade: |  | Estado: |  |

Como conheceu o Hospital Paulista?

* Preencher a ficha de inscrição com letra de forma legível e assinar;
* Remeter via SEDEX ou por email.
* Na falta de qualquer documento a inscrição será cancelada;
* Não serão devolvidos valores de inscrições por desistência ou não comparecimento às provas.

São Paulo, de de

 Assinatura do Candidato

