**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO PARA RESIDENTE DO TERCEIRO ANO**

Declaro, para fins de qualificar o candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para inscrição na prova de obtenção do título de Especialista em Medicina Esportiva pela Sociedade

Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBMEE), conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), que o mesmo é MÉDICO RESIDENTE DO TERCEIRO ANO NA NOSSA INSTITUIÇÃO e, pelo menos até a presente data, não apresenta nenhum desvio de conduta pessoal ou profissional que o desabone para realizar o EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA ESPORTIVA, neste último ano de formação.

**Declaro, ainda, que tanto eu quanto o residente supracitado temos a ciência de que, caso o mesmo não complete seu programa de residência até a data final pré-estipulada, não vindo a receber o seu certificado de conclusão e, por conseguinte, não o apresentando à SBMEE, seu título não poderá ser expedido, tornando inválida sua inscrição no exame e também seu resultado.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr(a). .............................................................................................

Nome e Assinatura do Chefe/Coordenador da Residência Médica em MEE com firma reconhecida

Carimbo/Identificação da Instituição

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr(a).

Nome e Assinatura do Residente