**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES EM MEDICINA DO ESPORTE**

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 do corpo clínico e atuante na atividade de medicina do esporte nesta instituição há \_\_\_\_\_\_ anos.

Declaro, ainda, que esta unidade, por mim representada, atende regularmente pacientes com doenças e condições relacionadas ao esporte e utiliza a medicina do exercício na prevenção

primária, secundária e terciária.

**Afirmo, ainda, estar ciente da responsabilidade da veracidade destas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, o candidato por mim qualificado terá sua inscrição impugnada no concurso citado.**

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

Dr(a).

Assinatura do Diretor Clínico da unidade com firma reconhecida.

Carimbo do hospital/instituição

1ª Assinatura de membro titulados pela SBMEE

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

Dr(a).

2ª Assinatura de membro titulados pela SBMEE

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

Dr(a).