**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES EM MEDICINA DO EXERCÍCIO E 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 (foi) médico desta instituição/empresa, atuando na área de Medicina do Exercício e do Esporte por \_\_\_\_\_\_ anos (período de \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_).

Declaro, ainda, que esta unidade, por mim representada, atende regularmente pessoas com doenças e/ou condições relacionadas ao esporte e/ou utiliza a medicina do exercício na prevenção primária, secundária e/ou 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.**

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

Nome e Assinatura do Diretor Clínico/Coordenador da Instituição com firma reconhecida.

Carimbo/Identificação da Instituição

1ª Assinatura e Nome de membro titulado pela SBMEE

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

Dr(a).

2ª Assinatura e Nome de membro titulado pela SBMEE

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

Dr(a).