**SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO - TEME**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de201\_\_\_.**

**Á**

**Diretoria Científica da SBMEE**

Declaro que estou ciente das regras e condições para a solicitação e realização da prova de obtenção do **TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA ESPORTIVA – TEME**, mencionadas no Edital disponibilizado no site do 30º CBMEE em 2018.

Abaixo disponibilizo dados solicitados para análise.

|  |
| --- |
| Nome Completo: |
| E-mail: |
| RG: | CPF: | CRMUF: |
| Tel. Residencial: | Tel. Comercial: | Celular: |
| **Endereço Residencial** |
| Endereço: | Nº: | CEP:  |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |
| **Endereço Comercial** |
| Endereço: | Nº: | CEP:  |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |

Certo de vossa atenção me coloco a disposição para o que for necessário.

Atenciosamente,

Espaço SBMEE

( )Aprovado ( )Negado

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

 Médico Responsável

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

 (Assinatura do Solicitante)