**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)