

CERTIFICADO DE ATUAÇÃO EM MEDICINA PALIATIVA

ANEXO I

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

....., , médico inscrito no CRM/ UF sob o nº, venho requerer minha inscrição para participar do 1º concurso para certificado de atuação em Medicina Paliativa, e desde já declaro ter tomado ciência dos termos e condições do referido concurso, conforme disposto no Edital AMB publicado em 18/05/2012

(local e data)

Assinatura