

FICHA DE INSCRIÇÃO

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM RADIOLOGIA – UNIDADE DE RADIOLOGIA CLÍNICA LTDA.

NOME: _____

SEXO: (☐) F (☐) M **CPF:** _____ **RG:** _____

CRM: _____ **ENDEREÇO:** _____

Nº: _____ **BAIRRO:** _____

CIDADE: _____ **ESTADO:** _____ **CEP:** _____

TEL FIXO: (☐) _____ **TEL CELULAR:** (☐) _____

E-MAIL: _____

UNIVERSIDADE: _____

ANO/CONCLUSÃO: _____

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Candidato / Médica(o)