

**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUÍ
FÓRUM DE BIOÉTICA E MÍDIAS SOCIAIS – 07 e 08 de junho/2019**

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Nome do (a) candidato (a) - (não abreviar o nome – USAR LETRA DE FORMA):

--

Documento de identificação:

Número	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sexo:

M	F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endereço (rua, número, apartamento, bairro etc.):

--

Cidade:

--

UF:

CEP:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

Telefone residencial:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Celular:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Telefone trabalho:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-mail:

--

Profissão:

--

Declaro, para tanto, conhecer todas as condições e exigências para admissão neste fórum, com os quais manifesta estar de pleno acordo, nada tendo contra sua aplicação. Declaro, ainda, concordar com as decisões a serem tomadas nos casos omissos e que é de sua inteira responsabilidade a perda de prazos ou horários estabelecidos.

Teresina, ____/____/2019.

Assinatura do (a) candidato (a)

Obs.: Caro participante preencher a ficha, **escanear** e enviar para o e-mail - **cursos@crmpi.org.br**

**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUÍ
FÓRUM DE BIOÉTICA E MÍDIAS SOCIAIS**

Nome do (a) candidato (a) - (não abreviar o nome – USAR LETRA DE FORMA):

--

Documento de identificação:

Número	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Funcionário(a):

--

Teresina, ____/____/2019.