

**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUÍ
Curso Bases da Eletrocardiografia.**

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (Nº DO CRM/PI _____)

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

--

Documento de identificação:

Número	UF

Sexo:

M	F

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

--

Cidade:

--

UF:

--	--

CEP:

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Telefone residencial:

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Celular:

		-									
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefone trabalho:

		-									
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Declara, 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.

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