



ULTRA-X

Medicina Diagnóstica

Instituto de Radiodiagnóstico Rio Preto Ltda

Rua Cila, 3033 – Redentora – Cep: 15015-800

São José do Rio Preto-SP

Fone: 0xx17-4009-4444 – Fax: 0xx17-4009-4440

www.ultrax.com.br

edna.alice@ultrax.com.br

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O SUBESPECIALIZAÇÃO NÍVEL 4 (FELLOWSHIP)

INSCRIÇÃO Nº _____

1. DADOS PESSOAIS

Nome do Candidato :

Data de Nasc.:...../...../..... Local Nascimento.....

RG : CPF :

Endereço :

Bairro : CEP :

Cidade : Estado :

Tel.: (0xx.....)..... Celular: (0xx.....).....

E-mail :

CRM (Provisório ou Definitivo) :

Filiação:

Pai -

Mãe -

2. FORMAÇÃO MÉDICA

Faculdade/Instituição:.....

Ano de Conclusão :

Cidade : Estado :

3- RESIDÊNCIA

Instituição:.....

Ano de Conclusão :

Cidade : Estado :

DECLARO estar de acordo com as Normas estabelecidas no presente Edital do Concurso de Aperfeiçoamento Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, junto ao Instituto de Radiodiagnóstico Rio Preto Ltda, cujo inteiro teor conheço.

.....,/...../.....

Local

Data

Assinatura