



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

www.ultrax.com.br

coreme@ultrax.com.br

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O SUBESPECIALIZAÇÃO NÍVEL 4 (FELLOWSHIP) 2021

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: _____

Especialidade de interesse: _____

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