

## ANEXO II – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

O (A) Candidato(a) deve enviar uma cópia digitalizada desse formulário devidamente preenchido e assinado juntamente com as cópias digitalizadas do **Diploma de Graduação em Medicina** ou documento comprobatório de conclusão da **Graduação em Medicina** e do RG ou Carteira de Motorista ou Carteira do Conselho Regional de Medicina para o e-mail [residenciamedicapms@gmail.com](mailto:residenciamedicapms@gmail.com) de 00h00 de 08 DE JANEIRO DE 2016 às 23h59 de 21 DE JANEIRO DE 2016.

**Atenção:** Todos os Campos devem ser devidamente preenchidos e legíveis. As informações registradas no Formulário de Inscrição serão de inteira responsabilidade do(a) candidato(a), dispondo a Comissão Organizadora do Processo Seletivo do direito de excluir do certame aquele(a) que não preencher os formulários de forma completa e correta ou se constatar, posteriormente, que as informações são inverídicas

**Residência Médica – Prefeitura de Sorocaba-SP**

### - Dados Pessoais (Preencher com Letra de Forma - Legível)

Nome Completo do Candidato(a):	
Email Candidado(a):	
Cidade/UF de Nascimento:	Data de Nascimento: ___/___/___
CPF:	RG: Orgão Emissor:
Endereço de Origem:	
Cidade/UF:	Telefone: ( )
Portador de Necessidades Especiais: ( ) Não ( ) Sim__ Quais:	
No caso de candidatas: estará amamentando no dia da Prova Objetiva? ( ) Não ( ) Sim	

### - Formação Acadêmica (Preencher com Letra de Forma - Legível)

Graduado em:	Ano de Conclusão:
Instituição de Ensino (IE):	
Cidade/UF da IE:	
Nº Conselho de Classe:	

**Sou candidato(a) a uma vaga no Programa de Residência Médica em (assinalar apenas uma opção):**

- ( ) Medicina de Família e Comunidade  
( ) Psiquiatria

DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas, que aceito o sistema e os critérios adotados pela instituição para avaliá-lo e que estou ciente e de acordo com o disposto no edital e com as normas e critérios por ele estabelecidos.

**Para os candidatos ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade:** estou ciente que o programa está em processo de credenciamento definitivo pela CNRM, podendo esse processo ser indeferido ou com o número de vagas revisados, o que acarretará na necessidade de retificação do edital de seleção.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Candidato (a): \_\_\_\_\_