

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – RESIDÊNCIA MÉDICA**

O (A) Candidato(a) deve enviar uma cópia digitalizada desse formulário devidamente preenchido (LEGÍVEL) 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 [residenciamedicapms17@gmail.com](mailto:residenciamedicapms17@gmail.com) de 16 DE JANEIRO DE 2017 até às 23h59 de 29 DE JANEIRO DE 2017.

**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

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

**- Dados Pessoais**

Nome Completo do Candidato(a):		
Estado Civil:		
Email Candidado(a):		
Cidade/UF de Nascimento:		Data de Nascimento: ___/___/___
CPF:	RG:	Orgão Emissor:
Endereço de Origem:		
Cidade/UF:		Telefone: ( )
Pessoa com deficiência: ( ) Não ( ) Sim		
Quais deficiências:		
No caso de candidatas: estará amamentando no dia da Prova Objetiva? ( ) Não ( ) Sim		

**- Formação Acadêmica**

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

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

- ( ) **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 de ciente e de acordo com o disposto no edital de inscrição e com as normas e critérios por ele estabelecidos.

**Para os candidatos ao Programa de Residência em Psiquiatria:** estou ciente que o programa está em processo de credenciamento definitivo pela CNRM, podendo esse processo ser indeferido ou com o número de vagas revisado, o que acarretará na necessidade de retificação do presente edital.

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

**Assinatura do Candidato (OBRIGATÓRIO):** \_\_\_\_\_