

**ERRATA EDITAL COREME Nº 01/2016  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA – SP  
PROCESSO PARA SELEÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES 2016**

**CORREÇÃO DO ITEM 2- 2.4 a) e b) DO EDITAL:**

**2. DAS INSCRIÇÕES**

2.4 Para a efetivação da inscrição no presente processo seletivo, o candidato deverá encaminhar para o e-mail [residenciamedicapms@gmail.com](mailto:residenciamedicapms@gmail.com), as cópias digitalizadas dos seguintes documentos:

a) FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO preenchido e assinado, disponível nesse edital (ANEXO II- Formulário de Inscrição);

b) CERTIFICADO OU DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE MEDICINA (FRENTE E VERSO) ou documento comprobatório de conclusão da graduação com data limite de 01 de março de 2016 emitido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação.

Leia- se:

**2. DAS INSCRIÇÕES**

2.4 Para a efetivação da inscrição no presente processo seletivo, o candidato deverá encaminhar para o e-mail [residenciamedicapms@gmail.com](mailto:residenciamedicapms@gmail.com), as cópias digitalizadas dos seguintes documentos:

a) FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO preenchido e assinado, disponível nesse edital (ANEXO II- Formulário de Inscrição); *Imprimir o formulário padrão (logo Prefeitura de Sorocaba no cabeçalho e endereço rodapé; instruções do próprio formulário), preencher assinar e enviar para o e-mail informado. Não serão aceitos formulário que fogem ao padrão disponibilizado no site da Prefeitura de Sorocaba.*

b) CERTIFICADO OU DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE MEDICINA (FRENTE E VERSO) ou documento comprobatório de conclusão da graduação com data limite de 01 de março de 2016 emitido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, *ou seja, a instituição de ensino deverá emitir esse documento, informando que o candidato terá concluído seu curso até a data limite de 01 de março de 2016.*

**CORREÇÃO DO ANEXO II - DO EDITAL:**

O (A) Candidato(a) deve enviar uma cópia digitalizada desse formulário devidamente preenchido e assinado juntamente com as cópias digitalizadas do Diploma de Graduação da Graduação em Medicina ou documento comprobatório de conclusão da graduação em uma das áreas profissionais oferecidas nesse edital 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.

Leia -se:

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.

**EXCLUSÃO DOS CAMPOS DO ANEXO II:**

**- Formação Acadêmica (Preencher com Letra de Forma – Legível):**

|                     |     |                              |
|---------------------|-----|------------------------------|
|                     |     | Data de Nascimento: __/__/__ |
| CPF:                | RG: | Orgão Emissor:               |
| Endereço de Origem: |     |                              |
| Cidade/UF:          |     | Telefone: ( )                |

Os campos acima foram excluídos, pois os mesmos já estão inseridos no item - **Dados Pessoais (Preencher com Letra de Forma – Legível)**.