

Telefone para contato: _____ (PREENCHER EM LETRA DE FORMA)

E-mail: _____

Em, _____ de _____ de _____

Ao

Diretor Clínico do HCFAMEMA

(diretoria.clinica@hcfamema.sp.gov.br)

Eu, _____,

CRM/SP nº _____, graduado(a) em medicina pela (Instituição de Ensino) _____

_____, venho pelo presente solicitar **ESTÁGIO VOLUNTÁRIO E NÃO REMUNERADO**, na especialidade/disciplina de _____

_____, no período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____.

Atenciosamente,

(assinatura)

Anexo:

- Ficha Cadastral;
 - Certidão de Conclusão ou do Diploma de Graduação do Curso Médico ;
 - Declaração de Conclusão ou Certificado de Residência Médica (se pré-requisito/transferência);
 - Carteira de registro definitivo do CREMESP;
 - Apólice de Seguro Contra Acidentes Pessoais;
 - 01 foto 3x4
 - R\$ 5,00 (taxa de emissão de crachá).
- } Após aprovação