

MODELO DE REQUERIMENTO

À Sociedade xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

ATT. Comissão Examinadora e Julgadora do III Exame de Suficiência para obtenção do Certificado da Área de Atuação em Medicina do Sono

Requerimento de Inscrição

(**NOME DO CANDIDATO**), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito no CRM/(sigla do CRM no qual o candidato é inscrito) sob o n.º (número de inscrição no CRM) e no CPF sob o n.º (número de inscrição no CPF), portador da Carteira de Identidade n.º (número do documento de identidade), residente e domiciliado na (nome da rua/avenida/travessa), (número do imóvel), (indicação do bloco e número do apartamento – se houver), (bairro/vila), na cidade de (nome da cidade)/(sigla da unidade da federação), CEP, endereço eletrônico, vem através do presente, perante esta instituição, em conformidade com o **EDITAL DO III EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DA ÁREA DE ATUAÇÃO EM MEDICINA DO SONO – 2014**, requerer sua inscrição para participação no exame indicado no referido edital, anexando, para tanto, os documentos obrigatórios.

Portador de Necessidade Especial?

() Sim () Não Qual? _____

Gravidez Diagnosticada até esta data? () Sim () Não () Não se aplica

Nestes termos, pede deferimento.

(Cidade), (dia) de (mês) de 2014.

(NOME E ASSINATURA DO CANDIDATO)