

PROVA ANUAL DE SELEÇÃO PARA APERFEIÇOAMENTO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DA ULTRAMED - 2024

**Ficha de Inscrição:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Completo** |  |
| **Sexo** |  |
| **Data de Nascimento** |  |
| **RG** |  |
| **CPF** |  |
| **Estado Civil** |  |
| **Nome do pai** |  |
| **Nome da mãe** |  |
| **Naturalidade** |  |
| **Nacionalidade** |  |
| **Endereço residencial** |  |
| **N°/Complemento** |  |
| **Cidade/Estado** |  |
| **Telefone fixo/Celular** |  |
| **e-mail** |  |
| **Instituição que concluiu o Curso de  Medicina** |  |
| **CRM/UF** |  |

*Os candidatos deverão encaminhar as fichas de inscrição para os seguintes endereços eletrônicos:*

*adriana.melo@curagrupo.com.br* *com cópia para* *henrique.reis@curagrupo.com.br**.*