

## SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO

À

**Comissão de Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica.**

Declaro que estou ciente das regras e condições para a solicitação e realização da prova de obtenção do Título de Especialista em Genética Médica, mencionadas no Edital 2022, disponibilizado no site da Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica.

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CRM/ UF: \_\_\_\_\_

Local e Ano da Conclusão do Curso de Medicina: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Endereço eletrônico: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_

Possui alguma deficiência física? ( ) NÃO ( ) SIM. Qual? \_\_\_\_\_

Portador de necessidades especiais? ( ) NÃO ( ) SIM. Qual? \_\_\_\_\_

Lactante? ( ) NÃO ( ) SIM

Sócio quite da SBGM Sim ( ) Não ( )

Sócio quite da AMB Sim ( ) Não ( )

Possui outro Título de especialista/Certificado de Área de Atuação? ( ) NÃO ( ) SIM.

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Certo de vossa atenção, coloco-me à disposição para o que for necessário.

Atenciosamente,

Local, data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_