

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

INTERESSADO: _____

CRM _____ UF _____ CPF _____

Instituição que fornece a declaração: _____

CIDADE _____ **ESTADO** _____

Solicitante: Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP

Finalidade: Concurso para a obtenção do Certificado de Área de Atuação em Endocrinologia Pediátrica

À
Comissão Executiva,

Declaramos que o Médico acima identificado exerce atividade profissional na área de **Endocrinologia Pediátrica** nesta instituição, na qualidade de:

Autônomo Contratado / CLT Servidor Público - Obs: _____

Desempenha sua função de **Endocrinologista Pediátrico** como:

Diarista (rotineiro) Plantonista Chefe outro: _____

Com carga horária semanal de _____ horas, desde ____/____/____ a ____/____/____.

Atualmente continua atuando na instituição sim não

LOCAL E DATA

Chefe / Coordenador

Nome Legível: _____

CRM: _____

(DDD) tel./ramal _____

(DDD) Fax _____

Diretor Clínico / ou Administrativo

Nome Legível: _____

CARIMBO DO CNPJ DA INSTITUIÇÃO