

ANEXO I
DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE HOSPITALAR
(mínimo 06 anos)

Declaro, para fins de qualificar o candidato _____ para inscrição na Prova de obtenção do Título de Especialista em Endocrinologia pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia (SBEM), conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB), que o mesmo é médico do corpo clínico e atuante na atividade de endocrinologista nesta unidade hospitalar há _____ anos. Declaro ainda, que esta unidade hospitalar por mim representada, é constituída de unidades com ____leitos.

Afirmo estar ciente da responsabilidade da veracidade destas informações, e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, o candidato por mim qualificado terá sua inscrição impugnada no concurso citado.

Local e Data

Assinatura do Diretor Clínico da Unidade Hospitalar com firma reconhecida.

Carimbo do Hospital/Instituição.

Secretaria SBEM Nacional

Rua Humaitá, 85 - 5º andar - 22261-000 - Humaitá - Rio de Janeiro/RJ

Fone: (21) 2579.0312 - E-mail: secretaria@endocrino.org.br